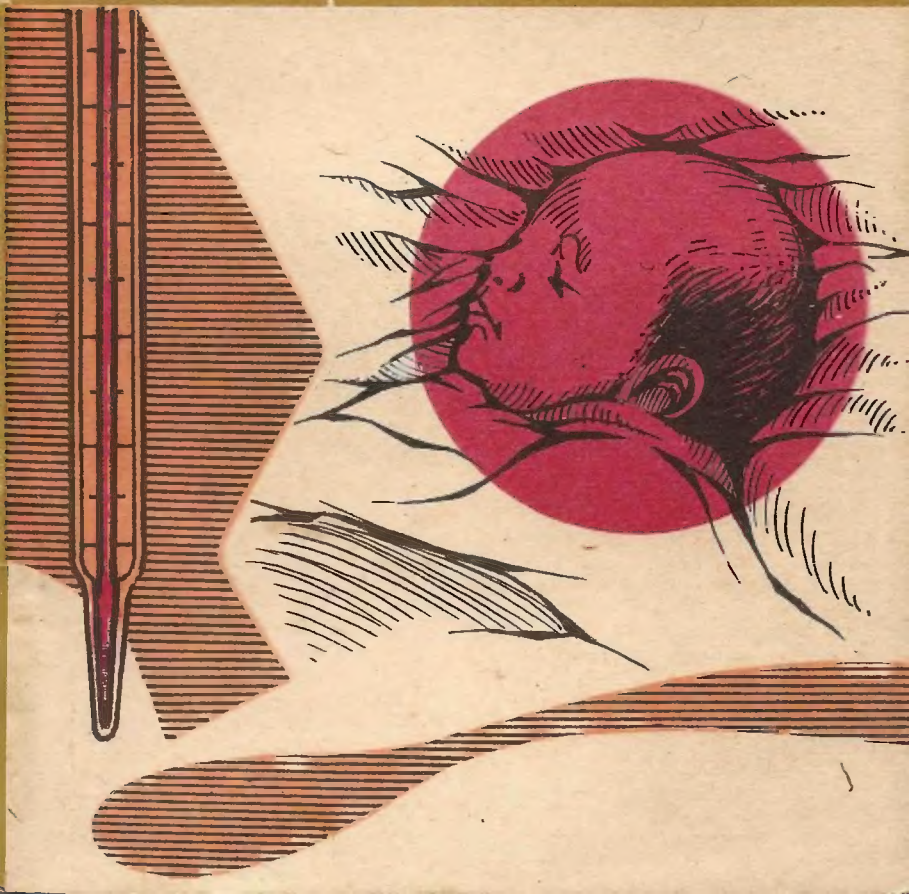
MEDICINA PENTRU TOȚI

36

OCTAVIAN POPESCU

Copilul și unele dintre bolile sale



COLECȚIA „ȘTIINȚA ȘI TEHNICA PENTRU TOȚI"
SERIA MEDICINĂ

20/16 21. Iunie 85
Ster

Dr. OCTAVIAN POPESCU
doctor în științe medicale

COPILUL
și unele dintre bolile sale

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI 1985

COLECȚIA „ȘTIINȚA ȘI TEHNICA PENTRU TOȚI"
Apare sub egida
Consiliului Național pentru Știință și Tehnologie

CUPRINS

	pag.
Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare	7
Rinofaringita acută	8
Adenoidita	9
Amigdalita acută	10
Laringitele acute	12
Bolile diareice la copii	13
Cauze determinante	16
Cauze favorizante	17
Tratamentul bolii	20
Anemiile prin lipsă de fier și tratamentul lor	23
Tulburările somnului la copii	34
Insomnia	35
Incontinența urinară la copil	41
Diabetul zaharat juvenil	45
Obezitatea cu debut din copilărie	52
Migrena la copil	59
Semnificația durerilor abdominale	68
Hepatita virală acută și prevenirea ei prin vaccinare antihepatită	73
Semnificația febrei la copil	85
Pofta de mîncare, condiție a sănătății copilului	90
Alcoolul, tutunul și sănătatea copiilor	97
Cînd se indică scoaterea amigdalelor?	101
Gamaglobulinele și indicațiile lor în pediatrie	110
Valoarea analizelor de laborator în patologia copilului	118
Cîteva sfaturi adresate celor care au în îngrijire un copil bolnav	124

Redactor : Dr. MIHAIL ȚUNDREA
Tehnoredactor : IOZSA ȘTEFAN

★

Bun de tipar 12.04.1985
Coli tipar 4.

★

Comanda nr. 50 096
Combinatul poligrafic „Casa Scînteii",
Piața Scînteii nr. 1, București.
Republica Socialistă România

CUVÎNT ÎNAINTE

Instruirea părinților prin diverse mijlaace, privind creșterea și îngrijirea copiilor, sau altfel spus educația sanitară a acestora, este o importantă latură a politicii sanitare a statului nostru socialist.

Acestui scop social i se subordonează și modesta noastră lucrare, adresată părinților și familiilor cu unul sau mai mulți copii și care trebuie să posede cunoștințele esențiale privind îngrijirile ce trebuie acordate copilului sănătos sau bolnav ; să știe să recunoască orice modificare apărută în starea de sănătate a copilului pentru a-i putea acorda primele măsuri terapeutice și a cere în timp util, ajutorul medicului pediatru.

În lucrare pornim de la cele mai frecvente întrebări cu privire la unele stări de boală la copii, pe care părinții le adresează medicului, fie în cabinetul său, fie prin intermediul presei, radioului sau televizorului, și de la care așteaptă răspunsuri complete, pe înțelesul lor și sfaturi utile pentru creșterea și îngrijirea copiilor lor.

Încercăm să prezentăm cîteva probleme medicale ale copilului, în spații restrînse și într-un limbaj accesibil tuturor, recurgînd la noțiuni medicale strict necesare lămuririi problemelor puse în discuție.

Dacă unele din problemele prezentate sînt frecvent abordate în orice publicație de specialitate sau de popularizare a științei (cum este cazul infecțiilor căilor

aeriene superioare sau al bolilor diareice acute) şi totuşi le-am abordat, aceasta se datorează incidenţei crescute a acestor boli în rîndul copiilor.

Spre deosebire de acestea, alte probleme prezentate se referă la boli frecvent întîlnite la copii şi care constituie motiv de îngrijorare pentru ei sau pentru părinţii lor, prin suferinţa cronică ce le-o produc, prin dificultatea diagnosticării corecte şi prin posibilităţile mai limitate de tratament.

În privinţa indicaţiilor terapeutice ale diverselor boli prezentate, am insistat asupra atitudinei şi a măsurilor de prim ajutor pe care pot şi trebuie să le întreprindă părinţii şi familia, pînă la venirea medicului sau pînă la prezentarea copilului la un consult medical, într-un cabinet de pediatrie. Măsurile terapeutice de competenţă medicală sînt trecute în revistă sumar.

Noţiunile de profilaxie inserate în capitolele lucrării vin să justifice orientarea din ce în ce mai pregnantă a medicinei în general şi a pediatriei în special, către o complexă acţiune de prevenire a îmbolnăvirilor şi de înlăturare a cauzelor care produc îmbolnăvirile curente la copii.

Adresîndu-ne Dvs. — stimaţi părinţi — cu cîteva probleme din patologia copilului, am fi satisfăcuţi dacă lucrarea astfel concepută, ar contribui cît de cît la crearea, în familie, a condiţiilor necesare menţinerii stării de sănătate a copilului şi la optima lui dezvoltare fizică şi psihică.

Autorul

INFECŢIILE ACUTE ALE CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

În patologia copilului bolile aparatului respirator şi dintre acestea în special infecţiile acute ale căilor respiratorii superioare ocupă un loc de frunte ; mai mult, prin complicaţiile posibile, această patologie este de multe ori cauză de deces în special la sugari şi la copiii mici.

Infecţiile acute de căi respiratorii superioare sînt afecţiunile denumite în vorbirea curentă „răceli", deşi termenul este numai parţial corect ; ele apar predominant în sezonul rece şi umed — sînt deci favorizate de frig şi umezeală — dar sînt în fond consecinţa agresiunii unor microbi sau virusuri asupra aparatului respirator al copilului.

Frecvenţa crescută a afecţiunilor respiratorii în special la sugar — copilul din primul an de viaţă — şi la copilul mic — între 1 şi 3 ani — este condiţionată în principal de o serie de particularităţi morfologice şi funcţionale ale aparatului respirator la aceste vîrste, cum ar fi : orificii şi fose nazale înguste, laringe îngust, comunicarea directă între faringe şi ureche, precum şi capacitatea redusă de apărare imună a copilului mic.

Infecţiile de căi respiratorii superioare sînt determinate cel mai ades de virusuri (gripale, pseudogripale, adenovirusuri, respirator sincitial) şi mai rar de microbi (pneumococi, stafilococi, streptococi). În alte cazuri însă, o serie de microorganisme, în mod normal nepatogene pentru om, pot deveni patogene şi chiar deosebit de periculoase pentru copilul mic, putînd duce la apariţia

unor infecții grave ; este cazul unor virusuri, sau al unor microbi cunoscuți sub denumirea de gram-negativi (colibacili, proteus).

Infecțiile respiratorii apar cu o frecvență crescută la copii cu diverse handicapuri biologice, între care prematuritatea, rahitismul, distrofia, alimentația artificială, bolile diareice trenante și unele boli infecto-contagioase, se situează la loc de frunte.

Rinofaringita acută

Rinofaringita acută reprezintă cea mai frecventă formă de infecție sezonieră a aparatului respirator la copil, indiferent de vîrsta sa.

Aspectul clinic al acestei afecțiuni respiratorii este dominat de starea febrilă moderat crescută (37°—38°) la copilul mai mare și mult crescută (39°—39,5°) la copilul mic și la sugar.

Concomitent sau la scurt timp de la apariția febrei apar și alte semne clinice : apatie, somnolență, dureri de cap, diminuarea poftei de mîncare. Tot acum apar și semnele caracteristice bolii și anume : guturai, tuse frecventă seacă, chinuitoare și nu rareori, dureri la deglutiție, datorită inflamației amigdalelor.

După o evoluție de 4—5 zile sub tratament, semnele clinice scad în intensitate, pentru a dispare în următoarele 24—48 de ore ; la o serie de copii cu unele handicapuri biologice — despre care aminteam mai sus — apar complicații severe sau mai puțin severe, așa cum este cazul otitei, adenoiditei, sinuzitei, bronhopneumoniei, etc.

Tratamentul rinofaringitei este în cele mai multe cazuri, destul de simplu. Boala fiind cauzată adeseori de

virusuri, nu necesită decît un tratament al celor mai supărătoare semne clinice : combaterea febrei cu tablete de aspirină, paracetamol, cu supozitoare cu aminofenazonă ori cu paracetamol ; combaterea tusei prin administrare de romergan (la copii mici) sau de codenal (la copii trecuți de vîrsta de 5—6 ani), dezobstrucția nazală prin instilații de soluții de fedrocaină, rinofug la copii mai mari, protargol 1%, sau ser efedrinat 1% la sugari. Utilizarea antibioticelor nu este necesară în rinofaringita banală ; ele devin imperios necesare — și această necesitate o stabilește numai medicul — în cazul ivirii unor complicații ale bolii.

Izolarea copilului bolnav la domiciliu este necesară pe toată perioada bolii, pe de o parte pentru a-l feri de contactul cu un bolnav cu altă boală, pe de alta, pentru a împiedica îmbolnăvirea altor copii cu care ar veni în contact copilul bolnav. Alimentația va fi evasinormală, dar lipsită de condimente și de alimente așa-zis „grele" pentru organism. Se recomandă, în același timp, un consum crescut de lichide, deoarece din cauza febrei ridicate, se pierd pe diverse căi, mari cantități de lichide din organism.

Adenoidita

Adenoidita este afecțiunea respiratorie a sugarului și copilului din primii ani de viață, concretizată prin inflamația țesutului linfatic din faringe, mai exact spus a amigdalei faringiene, cunoscută mai ales sub denumirea de vegetație adenoidă.

Adenoidita acută se datorează acelorași cauze care determină și rinofaringita acută sau apare ca o compli-

cație a acesteia din urmă ; simptomatologia acestor două boli aproape că se confundă, cu deosebirea că în adenoidită obstrucția nazală este foarte importantă (împiedicîndu-i respirația nazală a copilului) și este însoțită de secreții nazale abundente (în special mucopurulente) ce se scurg din nas sau cad în fundul gîtului și pe care copilul neștiind încă să expectoreze, le înghite sau uneori le varsă. Febra poate persista multe zile în șir și are caracter particular, fiind mai ridicată dimineața și mai redusă seara (invers decît în celelalte infecții respiratorii ale copilului). Netratată corect, adenoidita se poate complica cu otită (la copilul mic) sau cu sinuzită (la copilul mai mare).

La unii copii, adenoidita evoluează trenant, prelungindu-se luni de zile ; vorbim în aceste cazuri de adenoidita cronică (cunoscută mai ales sub denumirea de „vegetații adenoide" sau de „polipi").

Tratamentul acestei ultime forme de boală este de cele mai multe ori chirurgical (scoaterea vegetațiilor adenoide) dar nu înainte de a se fi încercat repetate tratamente medicamentoase.

Amigdalita acută

Amigdalita acută (angina acută) este o afecțiune frecvent întîlnită la copil, chiar și la sugar, caracterizată prin inflamarea puternică a amigdalelor. Este determinată la copilul mic în special de virusuri, iar la copiii mai mari de bacterii (microbi). O categorie aparte o reprezintă o angină acută deosebit de gravă — cu sfîrșit letal, dacă nu se intervine la timp — produsă de bacilul difteric.

Simptomele bolii, indiferent de vîrstă sînt aproximativ aceleași și constau în : febră, dureri la deglutiție, vărsături, miros caracteristic al gurii („halenă"), dureri de cap, diminuarea pînă la dispariția poftei de mîncare, voce răgușită, tuse uscată.

În mare, se descriu două categorii de angine : roșii și albe. Termenul de angină roșie desemnează acele infecții amigdaliene care la examinarea gîtului prezintă amigdale mari, roșii. Această formă de angină poate fi determinată atît de virusuri cît și de microbi. Dintre microbi, streptococul hemolitic — germen deosebit de agresiv pentru copilul trecut de vîrsta de 4 ani — este capabil să determine apariția unor severe complicații : reumatism acut cardiac, glomerulonefrită.

Angina albă, denumită și angina pultacee, își poartă numele de la existența unui depozit albicios pe amigdale, ca răspuns local al agresiunii directe asupra amigdalelor de către unii microbi (streptococ hemolitic, stafilococ, pneumococ, bacil difteric). De cele mai multe ori aceste angine sînt însoțite și de inflamarea ganglionilor regiunii laterale a gîtului (ganglionii regionali).

Tratamentul anginelor este variabil de la caz la caz. Cele mai multe angine roșii fiind produse de virusuri nu necesită tratament antibiotic ci numai antitermice (aspirină, paracetamol, antigermin) gargară cu mușețel, instilații nazale de fedrocaină sau rinofug și vitaminoterapie (vitamina C și A).

Anginele bacteriene necesită antibioterapie. Cele mai multe angine albe cedează la administrarea de penicilină G injectabilă (mai puțin eficientă cînd este administrată pe gură), eritromicină și în cazuri speciale, în care germenul în cauză este stafilococul, oxacilină (injectabilă sau dată pe gură).

Laringitele acute

Laringitele acute sînt afecțiuni respiratorii mai frecvent întîlnite la copilul trecut de vîrsta de 1 an, determinate de cele mai multe ori de virusuri și în unele cazuri de microbi. Rareori infecția laringiană însoțită de manifestările ei clinice apare izolat ; de cele mai multe ori apare în asociație cu alte localizări ale procesului infecțios : rinofaringita, gripa, faringoamigdalita, bronhopneumonia sau ca o complicație a acestora.

Semnele clinice ale bolii sînt dominate de tusea lătrătoare cu voalarea vocii și de dispnee (dificultate în respirație) uneori cu tendința de sufocare ; de altfel gravitatea bolii se datorează obstrucției marcate a căilor respiratorii și în special a laringelui, creînd un mare obstacol în respirația copilului. Apariția cianozei la față constituie un semn clinic alarmant, apărut ca o consecință severă a inflamației laringiene, și determină o urgentă atitudine terapeutică medicală (tratament cu corticosteroizi) sau chirurgicală (intubație sau traheostomie).

În celelalte laringite acute — și după cum arătam mai sus, cele mai multe fiind de origine virotică — tratamentul urmărește combaterea inflamației laringelui și implicit, evitarea posibilității obstrucției sale brutale și rapide.

În afara tratamentului antitermic și antiinflamator comun tuturor infecțiilor căilor respiratorii superioare, se vor administra, de la caz la caz, sedative (fenobarbital, romergan), prednison și antibiotice (atunci cînd există riscul apariției unor infecții bacteriene secundare).

În plus, se va recurge la unele măsuri eficiente de fizioterapie, constînd în aerosoli cu efedrină, aleudrină, inhalația aburilor de mușețel, comprese calde în jurul gîtului, încălzirea și umidificarea aerului din camera copilului bolnav.

La copil, datorită evoluției potențial severe a oricărui caz de laringită acută, este preferabil ca supravegherea și tratamentul unui astfel de caz să se facă într-un spital bine utilat tehnic și cu cadre medico-sanitare competente, deoarece de calitatea și de promptitudinea ajutorului acordat depinde de multe ori viața micilor pacienți.

BOLILE DIAREICE LA COPII

Un mare capitol de patologie pediatrică este reprezentat de bolile diareice ale copiilor de toate vîrstele. Manifestările lor clinice îmbracă unele particularități în funcție de vîrstă, dar în ansamblul lor, au în mare aceeași manifestare clinică.

Pentru mai buna înțelegere a problemelor și pentru importanța pe care o prezintă bolile diareice în primul an de viață a copilului, vom expune mai pe larg clinica bolii la această vîrstă, după care vom trece în revistă manifestarea bolii și la alte vîrste ale copilăriei.

Diareea reprezintă unul din simptomele cel mai frecvent întîlnite în patologia sugarului — termenul de sugar indicînd copilul de la naștere pînă la împlinirea vîrstei de 1 an, adică atît cît el se hrănește cu laptele mamei sale — și care apare în diverse circumstanțe patologice.

Diversitatea condițiilor și cauzelor care determină apariția diareei la sugar — ca și la copilul mic de altfel — face ca în mod curent să nu mai vorbim astăzi

despre o dispepsie a sugarului, așa cum eram obișnuiți pînă de curînd, ci despre bolile diareice ale sugarului.

Simptomul comun tuturor formelor clinice de boli diareice, după cum este ușor de constatat chiar din enunțarea titlului, este diareea, simptom asupra căruia considerăm util să ne oprim puțin. Termenul de diaree desemnează starea patologică în care numărul și consistența scaunelor se modifică semnificativ la același bolnav și în scurt interval de timp. Nu există o cifră exactă care să indice numărul normal de scaune pe care le poate emite un copil. Sînt sugari cu 4—5 și chiar mai multe scaune pe zi, așa după cum sînt sugari cu un scaun pe zi sau chiar la două zile, dar care cresc continuu în greutate și care prezintă o stare de bună dispoziție permanentă ; și în primul și în cel de-al doilea caz, sugarii sînt sănătoși și această situație nu trebuie să alarmeze cu nimic familia, și trebuie să o considere ca o stare absolut normală a digestiei sugarului respectiv.

Creșterea bruscă și rapidă a numărului de scaune, scăderea consistenței lor (la început semilichide, apoi lichide, cu sau fără mucozități sau striuri de sînge) constituie diareea, simptom al unei tulburări acute a digestiei.

Scaunele diareice apar în acest caz, datorită accelerării tranzitului intestinal prin accentuarea peristaltismului (mișcări în valuri ale tubului digestiv, dinspre stomac spre rect) determinat de iritația locală, de dereglarea sistemului nervos vegetativ (component al sistemului nervos, care comandă și controlează peristaltica intestinului), cu consecință directă negativă asupra digestiei alimentelor și resorbției lor din intestin. Tulburarea digestiei și resorbției intestinale este favorizată și de scăderea secrețiilor gastrointestinale, posibilă cu ușurință în stările de boală ale organismului, în

starea de înfometare cronică sau în caz de supraîncălzire a organismului.

Modificările de mai sus, duc în mod secundar la perturbarea florei intestinale saprofite (tubul digestiv al omului sănătos conținînd o multitudine de microbi cu care trăiește în simbioză, ci nedevenind patogeni decît în situația tulburării acestui echilibru) sau la apariția și înmulțirea microbilor patogeni.

Răsunetul diareei asupra organismului este variat :

— suportată bine, fără apariția semnelor de deshidratare (de pierdere severă a apei din organism) în cazurile ușoare de boală sau de tratament corect și precoce, aplicat la primele semne de boală :

— în formele severe de boală, în cele netratate, tratate tardiv sau incorect, apar semne de deshidratare, însoțite de prăbușirea unor funcții biologice importante pentru organismul copilului. Deoarece diareea nu tulbură numai digestia, ci și metabolismul hidrosalin (al apei și sărurilor), duce la scăderea progresivă a greutății corporale și în final la alterarea severă a stării generale. Tot acest cortegiu simptomatic definește starea de „toxicoză", formă de evoluție severă și deseori mortală a unor boli diareice la sugar.

Toxicoza, ca de altfel și formele de boală diareică care preced instalarea ei, sînt determinate de pierderea importantă de lichide și în special de apă, nu numai prin scaune lichide numeroase, ci și prin urină, transpirație, respirație, toate, cu atît mai mari cu cît temperatura corpului este mai crescută. Apa constituie pentru organismul uman și în special pentru copil, componenta de bază a structurii celulelor și țesuturilor sale, cunoscîndu-se faptul că la 1 an corpul copilului conține 70% apă, pe care o poate pierde cu mare ușurință, deoarece labilitatea hidrică constituie unul din apanajele biologice ale vîrstei.

Pierderea de pînă la 3% din apa organismului copilului este bine suportată, dar dacă acest coeficient creşte, depăşind 10%, devine de-a dreptul periculoasă şi cu atît mai greu reversibilă cu cît acest procent este mai mare.

Ceea ce caracterizează clinic o stare severă de deshidratare sînt următoarele simptome : pielea devine uscată, iar elasticitatea ei este scăzută ; plica făcută pielii de pe abdomen prin prinderea între două degete ale examinatorului dispare încet sau poate persista mult timp ; ochii sînt duşi în fundul capului ; buzele şi limba sînt uscate ; frontanela („moalele capului" în denumirea populară) anterioară este deprimată (excavată).

Diareea constituie, fără îndoială, cel mai important semn clinic al unei boli diareice apărută la sugar ; cauzele apariţiei bolilor diareice sînt însă multiple şi de mare diversitate.

Se recunosc astăzi cauze determinante şi cauze favorizante ale bolilor diareice.

Cauze determinante

Dintre *cauzele determinante*, mai frecvent incriminate sînt :

— factori infecţioşi diverşi : microbieni (bacili coli patogeni, *Shigella*, *Salmonella*, stafilococ, proteus, piocianic), virotic (virusul gripal, paragripal, enterovirus), ciuperci (*Candida albicans*, responsabilă de unele diarei apărute în special după tratamente îndelungate cu antibiotice administrate pe gură) sau mai rar, paraziţi intestinali (giardia) ;

— factori alimentari : greşelile alimentare, atît de ordin cantitativ (supra- dar şi subalimentaţia), cît şi de ordin calitativ (diluţii necorespunzătoare de lapte, laptele alterat, alimente nepotrivite posibilităţilor digestive ale sugarului) constituie cauze frecvente de boală diareică, în special în familiile cu nivel de educaţie sanitară redus sau inexistent ;

— factori cauzali la distanţă. În această categorie de boli, cauza directă a unei diarei trebuie căutată la distanţă de tubul digestiv.

Această stare patologică reprezintă răsunetul asupra digestiei, al unor infecţii, dintre care cel mai frecvent întîlnite sînt : infecţiile respiratorii (rinofaringite, bronhopneumonii, otite), cutanate (foliculite, piodermite), urinare (piuria), meningeale sau stări septicemice.

Fiind secundare, aceste boli diareice se însoţesc de simptomatologia diversă a bolilor de bază, şi se vindecă odată cu acestea ;

— factori dependenţi de un deficit înnăscut sau cîştigat în anumite componente biochimice produse de organism, cu rol în metabolismul şi absorbţia alimentelor din tubul digestiv, aşa cum este cazul enzimelor (lactază, fructază, zaharază, izomaltază, etc.) sau al acizilor biliari (în cazul insuficienţei excreţiei bilei în duoden.)

Cauze favorizante

Cauzele favorizante sînt de mai mică importanţă în explicarea apariţiei bolilor diareice, dar nu trebuie neglijate ; evitîndu-le, frecvenţa bolii poate fi redusă substanţial. Este vorba aici despre îngrijirea deficitară a copilului, şi în special a sugarului, atît în ceea ce pri-

vește mediul ambiant fizic (căldură, frig, umiditate) cît și de igienă individuală și colectivă în care-și petrece timpul copilul. Se mai adaugă acestei categorii și unele particularități constituționale, capabile să favorizeze apariția și să determine severitatea bolilor diareice la copil : vîrsta mică (în special la noul născut — copilul aflat în prima lună de viață — și la sugarul din primele 3 luni de viață) : prematuritatea, distrofia, malformațiile aparatului digestiv, etc.

Din toată această varietate etiologică de diarei la sugar, atît prin frecvența mare, cît și prin unele particularități de vîrstă, ne vom opri numai la una dintre ele și anume la *boala diareică acută a sugarului*.

Cunoscută pînă de curînd sub denumirea de dispepsie acută, ea reprezintă doar o formă clinică de boală diareică a copilului la această vîrstă ; dar tocmai la această formă comună a tulburărilor digestive acute ale sugarului, cu caracter funcțional și reversibil, nu se pot pune totdeauna în evidență prin examenele de laborator agenți patogeni cauzali (bacterii, virusuri, ciuperci), deși în mod cert, originea multora din aceste îmbolnăviri este infecțioasă.

Din punct de vedere clinic, apariția bolii diareice acute (B.D.A.) la sugar este sesizată în mai multe cazuri cu ușurință de către mamă, simptomele evocatoare fiind :

— modificarea apetitului copilului, fie în sens cantitativ (mănîncă numai o parte din biberonul său), fie calitativ (refuză alimentația pe care înainte o accepta cu plăcere, primind cu „sete" ceai). Uneori refuzul este categoric și pentru lichide, acest fapt anunțînd dezvoltarea unei boli diareice cu consecințe severe asupra echilibrului hidric al organismului ;

— vioiciunea și buna dispoziție a copilului sînt înlocuite treptat cu o stare de apatie, de indiferență

la ceea ce-l înconjoară (chiar și față de mama sa, de care este atît de legat în condiții de sănătate deplină) ;

— apariția febrei (deși nu este regulă) cu variații între 38°—39°, fără diferențe semnificative între valorile termice ale organismului, înregistrate dimineața și seara. Febra precede în cele mai multe cazuri apariția scaunelor diareice, dar sînt și cazuri în care ea apare concomitent sau chiar după apariția primelor scaune modificate ;

— vărsături ce preced sau apar concomitent cu scaunele diareice. În unele cazuri sînt severe și aproape continui, agravînd starea copilului. Conținutul lor este la început alimentar (cuprind restul alimentelor neevacuate încă din stomac), lichid (copilul varsă uneori toată cantitatea de lichide care i se dă de băut) și în cazuri severe, bilios (copilul vărsînd bila și conținutul intestinului) ;

— dureri abdominale sub formă de colici, care împiedică odihna copilului și care alarmează persoanele din anturajul său ;

— diareea, simptom cardinal al bolii, apare fie precoce, fie după simptomele sus descrise. Ea se manifestă diferit de la bolnav la bolnav și chiar la același bolnav, în funcție de momentul evoluției bolii. În cele mai multe cazuri, un număr de 5—8 scaune în 24 de ore este concludent pentru a defini starea de boală. În cazuri severe numărul lor poate ajunge la ordinul zecilor, cu atît mai puțin consistente și mai reduse cantitativ, cu cît numărul lor este mai mare. Ele pot varia ca aspect, de la cele cu conținut de mucus și grunji, la cele de mucus și puroi sau sînge (în special în infecțiile cu bacilul dezenteric) sau lichide (de culoare gălbuie sau verzuie). Ca urmare a numărului crescut de scaune acide, copilul prezintă eritem fesier și perianogenital, care merge uneori pînă la eroziuni

cutanate locale severe, cu riscul ușoarei lor supra-infectări ;

— scăderea în greutate, dacă nu se intervine la timp și competent în tratarea bolii ;

— alterarea stării generale, deshidratare (descrisă mai sus) stare toxică, alterarea funcțiilor vitale ale organismului și a stării de conștiență. Fără un tratament corect, intens și fără supravegherea permanentă a bolnavului, atît din partea medicului cît și din partea familiei, evoluția poate fi fatală în acest moment al evoluției bolii.

Tratamentul bolii

Tratamentul bolii este complex și variabil de la caz la caz. Cele mai multe boli diareice ale sugarului se vindecă cu ușurință, numai printr-un regim dietetic corespunzător și printr-o bună îngrijire igienică la domiciliu. Tot în mediu de familie, dar sub supraveghere medicală, se vindecă și formele medii de boală, în care deshidratarea nu a depășit 5% din greutatea corpului, și s-a început imediat completarea, prin administrare de lichide pe gură, a apei pierdute.

Cazurile severe, atît prin simptomele generale, cît și prin importanța deshidratării (cu peste 10%) se vor interna de urgență în spital, necesitînd o terapeutică și o dietetică susținută și atentă, pentru a se corecta în primul rînd pierderea de lichide.

Tratamentul bolii cuprinde cel puțin două instanțe importante —familia și asistența medicală calificată — de a căror conlucrare depinde în mare măsură succesul în vindecarea rapidă și definitivă a bolii.

În prima instanță — familia — se acordă primele măsuri de ajutor, care constau în principal în :

— scoaterea imediată a laptelui sau / și a celorlalte alimente din alimentația sugarului bolnav ;

— administrarea, în locul alimentației întrerupte, de lichide pe gură (ceai, apă fiartă zaharată) cu ajutorul linguriței, biberonului sau la nevoie, chiar a pipetei ;

— combaterea febrei cu aspirină, piran (soluție sau tablete). Nu se vor administra în nici un caz supozitoare antitermice, aceasta nefăcînd decît să accentueze diareea preexistentă.

Cu tratamentul de mai sus, starea clinică a copilului se poate ameliora sau menține staționară. Atît în prima cît și în a doua variantă de evoluție a bolii, numai după chemarea medicului sau după prezentarea copilului la unitatea medicală care supraveghează sănătatea acestuia, mama poate spune că și-a făcut corect și pe deplin datoria față de boala propriului copil.

De aici înainte intervine medicul și cadrele medii ajutătoare, care cu promptitudine, tact, competență și insistență sînt în măsură să asigure vindecarea bolii, fie în mediul familiei, fie într-un spital de pediatrie.

Tratamentul bolilor diareice la sugar comportă pe de o parte măsuri dietetice comune tuturor formelor clinice de diarei, pe de alta, tratament medicamentos specific și particular fiecărui caz în parte, în funcție de agentul cauzator al bolii, așa-numitul tratament etiologic.

Tratamentul dietetic variază și el în funcție de severitatea bolii. În formele ușoare de boală, numai simpla scădere cantitativă a rației alimentare (restricție valabilă în special pentru lapte) și înlocuirea acestuia cu ceai zaharat cu 5% zahăr sau simplă apă fiartă și răcită, este suficientă pentru vindecarea clinică.

De multe ori, cînd este bolnav de o boală diareică acută, sugarul își reduce singur rația alimentară, ca o primă măsură de autoapărare sau de protecție contra bolii, fie refuzînd total biberonul, fie consumînd din el numai o cantitate redusă, după care îl îndepărtează cu mîna.

Dorim să atragem atenția că în tratamentul unei boli diareice, eliminarea cu desăvîrșire a zahărului (de la îndulcirea ceaiului) pe care o practică din prea mult zel unele mame, este o greșeală, deoarece pe de o parte organismul copilului suportă foarte bine un aport de 5% zahăr, fără a accentua scaunele diareice, iar pe de alta, zahărul constituie totuși o importantă și, la început, o unică sursă energetică, caloriile pe care le aduce el fiind absolut necesare copilului în această fază a tratamentului.

În alte forme de boală, este necesară pe lîngă reducerea cantitativă și modificarea calitativă a alimentației, deoarece toleranța digestivă a sugarului bolnav este scăzută pentru o perioadă limitată de timp.

În aceste cazuri se suprimă alimentația obișnuită a sugarului și se introduce o dietă hidrică — în cazuri mai severe — cu ceai îndulcit cu zahăr sau cu glucoză 5% — în cazuri mai ușoare — cu supă de morcovi. Cu rezultate mai puțin bune, supa de morcovi poate fi înlocuită cu mucilagiu de orez sau cu Ceratonia (sinonimă cu Arobonul), acestea din urmă nefiind altceva decît o combinație de pulbere de roșcove cu cacao și amidon.

Indiferent pentru care din soluțiile de mai sus se optează — și opțiunea este numai la îndemîna medicului — noile alimente dietetice vor înlocui exact cantitatea de alimente pe care o primea la fiecare masă sugarul înainte de îmbolnăvire, pentru a acoperi nevoia de lichide a organismului său.

Este cazul să precizăm că o perioadă de relativă înfometare a copilului prin suprimarea alimentației sale normale și prin trecerea lui la un regim dietetic, nu numai că nu dăunează, dar chiar și ajută vindecarea clinică, în timp ce nerealizarea unui aport optim de lichide, poate dăuna sever copilului, ale cărui necesități hidrice sînt incontestabil mai mari decît la un adult. De aici necesitatea ca din proprie inițiativă, mama unui sugar cu diaree cu alură severă, să-i suprime alimentația și să încerce prin toate mijloacele și metodele de care dispune, să hidrateze copilul, altfel putîndu-se pierde un timp deosebit de util în tratarea bolii.

După 12—24 de ore de un astfel de regim se trece la realimentarea copilului cu produse lactate modificate, (mult utilizat astăzi și cu rezultate bune este alimentul-medicament Humana H), a căror introducere progresivă în alimentație, bineînțeles sub supravegherea medicului și controlul cadrelor medii de pediatrie, este bine venit, scaunele copilului normalizîndu-se de la o zi la alta.

Eledonul, Prodietonul, Dispacidul, Cascolactul și laptele albuminos sînt mai puțin utilizate, fiind rezervate unor cazuri particulare.

Progresivitatea reluării alimentației constituie una din cheile succesului terapeutic al unei diarei. Mai mult, ea constituie un principiu obligatoriu chiar și în alimentația sugarului normal, cînd se trece de la o alimentație exclusivă cu lapte matern sau cu alt tip de lapte, la diversificarea alimentației sale cu alte alimente (supa de legume, grișul cu lapte, fructele cu biscuiți, etc.).

În funcție de apariția semnelor de ameliorare a bolii (scăderea febrei, dispariția vărsăturilor, apariția poftei de mîncare, normalizarea ca număr și consistență a scaunelor) se poate reintroduce — dar tot progresiv —

alimentația cu care a fost obișnuit copilul înainte de îmbolnăvire.

Reluarea prematură a acestei alimentații prezintă riscul reapariției simptomelor bolii, în timp ce prelungirea excesivă a unei diete severe, poate duce la subnutriția copilului.

Arătam mai sus că în bolile diareice acute la sugari, se întîlnesc de multe ori vărsături ; cînd acest simptom este manifestat intens, posibilitățile de hidratare orală a copilului sînt considerabil reduse sau chiar inexistente.

În astfel de cazuri, se impune internarea copilului într-un serviciu de terapie intensivă, unde calea fiziologică (cea orală) de pătrundere a lichidelor în organism va fi înlocuită cu cea parenterală, constînd în instalarea unor perfuzii pe cale venoasă, cu soluții hidroelectrolitice (apă+săruri minerale), atîta timp cît nu s-a restabilit calea orală de hidratare.

Îndată ce toleranța digestivă hidrică este refăcută, se trece la o hidratare combinată — oral și parenteral — iar la scurt timp de la aceasta, la suprimarea în totalitate a aportului hidric pe cale endovenoasă și reluarea hidratării — ulterior și a alimentației — pe calea fiziologică, cea a ingestiei orale.

În cazul diareelor survenite la sugarii mai mari — peste 6—7 luni — și cu o bună stare de nutriție, realimentarea se poate efectua fără a se apela la lapte, optîndu-se în schimb pentru făinoase cu apă (griș cu apă, orez pasat), dar cu respectarea strictă, și aici, a principiului progresivității, după care, la cîteva zile, se poate trece la introducerea laptelui în prepararea meselor respective.

Tratamentul medicamentos se va face numai la indicația și după prescripția medicului, lui revenindu-i sarcina aprecierii formei clinice, a severității bolii, a

suspicionării și în măsura posibilului chiar precizarea cauzei care a declanșat-o.

Un astfel de tratament se realizează cu medicamente capabile să combată cele mai importante și supărătoare simptome ale bolii : starea febrilă, vărsăturile, colicile abdominale etc.

Cînd anamneza și aspectul clinic al bolii sugerează o posibilă infecție intestinală responsabilă de apariția scaunelor diareice și mai ales atunci cînd prin examene de laborator s-a identificat în scaunul bolnavului un anumit microb, se recurge la administrarea de chimioterapice (Saprosan, Mexaform, Biseptol, Furazolidon etc.) sau de antibiotice cu efect pe tubul digestiv (Colimicină, Ampicilină).

Examenul bacteriologic al florei din scaun — așa-numita coprocultură — se recomandă a fi efectuat întotdeauna cînd este posibil, înainte de instituirea tratamentului. În cazul în care severitatea bolii nu permite o astfel de atitudine de așteptare, se introduce tratamentul propus de medic, se recoltează cînd devine posibil coprocultura și la apariția rezultatului, (după 48—72 de ore) în funcție de germenul patogen izolat și de sensibilitatea lui la antibiotice — așa-numita antibiogramă — se modifică tratamentul, și se continuă cu medicamentele nou introduse, pînă la vindecarea clinică și bacteriologică a bolii.

În tot acest timp nu va fi neglijată preocuparea pentru starea desăvîrșită de igienă a sugarului (toaleta tegumentelor și mucoaselor) a mediului în care trăiește (temperatură optimă) și de confort psihic (înconjurat și îngrijit cu dragoste și devotament acasă de către mamă, la spital de către sora pediatră).

După vindecare, urmează starea de convalescență și refacere fizică a sugarului, de continuare a acțiunii de

călire a organismului său, în scopul creşterii capacităţii sale de rezistenţă la diverse îmbolnăviri.

Multe din cauzele care determină la sugari tulburări digestive acute pot provoca tulburări gastrointestinale sau enterocolitice şi la copiii mai mari.

Pe măsură ce copilul creşte, modul de reactivitate a organismului faţă de o agresiune capabilă să declanşeze o boală diareică, se modifică.

Din acest motiv, la copilul trecut de vîrsta de 1 an, bolile diareice devin mai rare, mai puţin severe şi cu manifestări clinice ce traduc mai mult participarea tubului digestiv decît al întregului organism la boală.

Semnele clinice ale bolii sînt de regulă scaunele diareice, durerile abdominale şi mai puţin vărsăturile ; extrem de rar şi numai în cazuri de virulenţă mare a unor microbi, se produce şi alterarea stării generale a copilului. Vorbim în astfel de cazuri, despre *colită* sau *enterocolită,* iar dacă este afectat şi stomacul, despre *gastroenterocolită.* Ele apar rareori lent, de obicei brusc după ingerarea unor alimente alterate calitativ sau infectate cu microbi şi sînt manifestate cu febră, dureri localizate sau generalizate la tot abdomenul (sub formă de colici), vărsături şi scaune frecvente, cu bogat conţinut de mucus (uneori şi sînge), urît mirositoare, însoţite de tenesme (senzaţie permanentă de defecare).

Aşa-zisele „indigestii" nu sînt altceva decît răspunsuri ale aparatului digestiv la unele erori alimentare săvîrşite de copii : exces alimentar global, consum exagerat de alimente grase sau prăjite, de fructe (de obicei necoapte), de băuturi reci.

Frecvent, cauza enterocolitei la copilul de vîrstă şcolară este o toxiinfecţie alimentară cu microbi din grupul Salmonella, colibacili, enterococi, etc., în care

manifestările locale (scaune diareice, vărsături) sînt însoţite rapid (în cîteva ore) de fenomene toxice, rezultate din agresiunea toxinelor bacteriilor asupra întregului organism (febră, alterarea stării generale, tulburări metabolice şi hidroelectrolitice).

Existenţa mai multor cazuri similare în familie, legate de consumul aceluiaşi aliment, precocitatea şi intensitatea tulburărilor digestive şi generale, orientează diagnosticul, pe care rezultatul pozitiv al coproculturii îl certifică.

Enterocolita la copiii mari poate fi provocată însă şi printr-o reacţie alergică faţă de unele alimente la care copilul este sensibilizat (lapte, ouă, peşte) ; ea dispare odată cu suprimarea alimentului incriminat în declanşarea bolii.

Tratamentul enterocolitei se începe prin instituirea repausului la pat pînă la dispariţia semnelor clinice principale ale bolii (febră, vărsături, scaune diareice).

Regimul dietetic constituie o condiţie obligatorie a tratamentului bolii şi se realizează, în mare, prin suprimarea alimentaţiei şi administrare de ceaiuri (pentru acoperirea nevoilor de lichide a organismului) după care se vor da bolnavului făinoase (orez, griş, tăiţei, fidea, macaroane) foate bine fierte în multă apă, pîine albă veche sau prăjită, biscuiţi ; urmează introducerea brînzei de vaci şi a caşului proaspăt, carne slabă (în special rasol, la grătar sau sub formă de perişoare dietetice), apoi a oului (fiert sau în preparate), a supelor de legume şi de carne, a fructelor crude (rase, fierte sau coapte la cuptor), a legumelor şi în sfîrşit a dulciurilor (prăjituri, dulceţuri, gemuri etc.).

Pentru combaterea factorului infecţios (a microbilor responsabili de declanşarea bolii) se indică administrarea de chimioterapice (Mexaform, Biseptol, Saprosan, Ftalilsulfatiazol) sau de antibiotice (Colimicină, Am-

picilină, Tetraciclină) în dozele prescrise de medicul curant al bolnavului.

Simptomele supărătoare — greața și vărsăturile — se combat prin administrare de clordelazin, de emetiral sau de poțiune Riveri nr. 1 și 2 ; durerile abdominale se vor calma prin aplicare de căldură pe abdomen și prin administrare de lizadon sau de scobutil.

Refacerea și reintegrarea copilului bolnav în mediul său obișnuit (colectivitate preșcolară, școlară) se face rapid, convalescența fiind de scurtă durată ; boala tratată corect nu are consecințe nefavorabile pentru viitorul sănătății copilului.

ANEMIILE PRIN LIPSĂ DE FIER ȘI TRATAMENTUL LOR

Anemiile prin lipsă de fier — denumite anemii feriprive — sînt frecvent întîlnite în practica pediatrică și nu întotdeauna li se acordă importanța cuvenită. La copii, anemiile prin carență de fier reprezintă aproximativ 90% din totalul stărilor anemice pe care le pot prezenta.

Aspectul clinic al acestor forme de anemii este necaracteristic. Copiii prezintă, de regulă paloare (mai accentuată la pavilioanele urechilor și la pleoape), oboseală, lipsa poftei de mîncare, staționarea dezvoltării ponderale (niciodată însă și a celei staturale).

Formele clinice de anemii feriprive mai frecvent întîlnite la copii sînt : anemia prematurului ; anemia sugarului incorect sau insuficient alimentat ; anemia fiziologică a sugarului din primele trei luni de viață ;

anemie prin absorția insuficientă a fierului la nivelul intestinului ; anemia prin tulburarea de transport a fierului din sînge către organele de depozit (ficatul, splina, mușchii, sistemul osos) ; anemia prin pierderi mici și repetate de sînge, așa cum este cazul în hemocragiile digestive, în hematurii sau în unele verminoze intestinale (tricocefaloză, ankilostomiază).

Constatarea unei anemii feriprive, nu impune de îndată instituirea tratamentului cu fier. A trata o anemie fără a-i cunoaște cauza este o greșeală ; fără stabilirea cauzei nu se vor trata decît anemiile, care prin gravitatea lor, pun în pericol viața copilului. În celelalte cazuri, se va căuta să se stabilească, cît mai repede cu putință, cauza anemiei, forma clinică și particularitățile pe care le îmbracă la bolnavul în cauză.

Cunoașterea valorilor normale ale hemoglobinei la copii de diverse vîrste — ca expresie indirectă a excesului sau insuficienței de fier aflat în sînge — bineînțeles cunoscute medicului pediatru, interesează într-o anumită măsură și pe părinți, măsura interesului fiind dată de posibilitatea ivirii unei anemii la propriul copil. Valorile medii ale hemoglobinei la copii sînt următoarele : 17,5 g% la naștere ; urmează o scădere fiziologică (normală vîrstei respective) importantă, pînă la vîrsta de 3 luni, cînd atinge cele mai reduse valori din cursul vieții, în jur de 11%. După vîrsta de 3 luni, începe creșterea lentă a cantității de hemoglobină, ajungînd la 12 g% la copilul de un an, 13 g% la copilul mic (între 1 și 3 ani) și la 14 g% la copilul de vîrstă școlară.

Anemiile cu deficit nesemnificativ de fier, adică cele în care valoarea hemoglobinei scade sub 10 grame la suta de mililitri de sînge, nu necesită tratament cu fier ; simpla corectare a alimentației, în care să pre-

domine alimentele cu conținut bogat în fier, este suficientă pentru vindecarea lor.

Există la copii și în special în primul lor an de viață, frecvente cazuri de anemii, instalate după boli infecțioase ușoare (rinofaringite, boli diareice) alteori severe (bronhopneumonie, toxicoză, otomastoidită, rujeolă). Ele nu necesită însă tratament cu fier, deoarece fierul rezultat din distrugerea hematiilor în cursul bolii nu s-a eliminat din organismul copilului ci s-a depozitat preferențial în unele organe (ficat, splină) de unde progresiv este eliberat în circulație, către sfîrșitul perioadei de convalescență și în perioada de vindecare clinică. În astfel de cazuri, așteptarea constituie cea mai bună atitudine terapeutică, deoarece administrarea intempestivă de preparate ce conțin fier, poate duce la supraîncărcarea organismului cu fier, situație nelipsită de consecințe neplăcute pentru sănătatea copilului.

Formele medii de anemie, necesită corectarea regimului dietetic și uneori asocierea unor cantități moderate de fier ; ambele mijloace terapeutice sînt ușor de realizat în condiții de îngrijire a bolnavului la domiciliu. Spitalizarea este necesară numai în formele severe, cu deficit important de fier, deoarece atît diagnosticul, cît și tratamentul acestor cazuri, necesită numeroase investigații de laborator și uneori chiar și măsuri de terapie intensivă (transfuzii de sînge, administrare intramusculară sau rareori chiar intravenoasă de preparate de fier).

Atunci cînd se impune tratament antianemic, el constă pe de o parte în măsuri igieno-dietetice, pe de alta, în administrare de fier.

În anemiile severe, în care valoarea hemoglobinei scade sub 50% din valoarea normală și în care capacitatea hemoglobinei de a transporta oxigenul este redusă

tocmai din această cauză, se vor evita eforturile fizice, deoarece ele cresc necesarul de oxigen în țesuturi.

Aerul de la munte sau din zonele cu vegetație abundentă, bogat în oxigen și ozon, ameliorează unele din simptomele anemiei, dar nu corectează și deficitul de fier existent.

Măsurile dietetice urmăresc să corecteze o serie de greșeli alimentare și să se asigure un aport crescut de fier prin unele alimente de origine animală, cum ar fi oul, ficatul, carnea și peștele, sau de origine vegetală cum sînt spanacul, urzicile, fasolea verde, sfecla, merele, caisele, strugurii etc. Concomitent, se vor reduce din alimentație laptele și produsele lactate, precum și făinoasele, alimente de bază dar sărace în fier.

Atunci cînd se impune, administrarea de fier sub diverse forme și pe diverse căi, constituie tratamentul specific și eficient. Dintre numeroasele preparate de fier indicate în anemiile copilului, amintim pe cele mai frecvent utilizate și anume :

Gluconatul feros, fie sub formă de pulbere, dată în cașete, după un dozaj strict prescris de medic, fie sub formă de sirop Neoanemovit. Conținutul crescut de fier din acest sirop îl recomandă la copilul de vîrstă preșcolară, în doză de 2 linguriţe pe zi, la copilul mare 3 linguriţe pe zi, iar la sugar, în lipsa altui preparat cu fier pentru cale orală, se poate administra, începîndu-se cu 2—3 picături pe zi, pentru a se ajunge la de 2 ori cîte 30 de picături pe zi timp de 4—5 săptămîni.

Drajeurile Glubifer, se administrează numai la copilul preșcolar și școlar în doză de 2—3 pe zi.

Siropul Ferronat, se administrează 1 linguriţă pe zi la sugari, 2 linguriţe la copilul preșcolar și 3 linguriţe la copilul școlar.

Toate formele de fier sus-menționate se vor administra în timpul sau imediat după masă, pentru a pre-

întîmpina acțiunea iritantă digestivă, manifestată sub formă de arsuri epigastrice, colici abdominale, diaree sau din contra, constipație.

Absorția digestivă a fierului este mai bună dacă preparatul se administrează pe stomacul gol (la distanță de mese) însă crește astfel riscul apariției manifestărilor de intoleranță digestivă (grețuri, vărsături). Colorarea în negru a scaunelor copilului în timpul tratamentului oral cu fier este frecventă și nu trebuie să alarmeze părinții ; suprimarea administrării medicamentelor duce rapid la recolorarea normală a scaunelor, dovedind că acest fenomen este numai de moment, deci nedăunător.

Atunci cînd este imperios necesară administrarea orală de fier, indiferent cu ce preparat medicamentos se face, este necesară pe o durată de 30—60 de zile și sub controlul periodic al valorii hemoglobinei sanguine, o analiză care traduce fidel modul în care se corectează în timp lipsa de fier și implicit anemia copilului.

În anemiile copilului chiar și după normalizarea valorii hemoglobinei, se va continua administrarea fierului încă 2—3 săptămîni, pentru a se realiza și umplerea depozitelor de fier ale organismului, mult sărăcite în special în unele forme de anemii prin carență de fier.

Tratamentul injectabil cu fier fie intramuscular, fie intravenos, nu este indicat decît în cazurile în care nu se poate folosi calea digestivă sau cînd se urmărește un efect rapid și o absorție sigură, folosindu-se în acest scop fierul polimaltozat sau jectoferul, administrate zilnic, la două sau la trei zile.

Injectarea intramusculară sau intravenoasă a unor preparate de fier, pe lîngă avantaje, are și unele inconveniente, de care trebuie totdeauna ținut cont în practica medicală. Această cale de administrare nu este lipsită de riscul supradozării fierului, cu consecințele

severe ale acestuia, manifestările toxice sau alergice generale (vărsături, dureri abdominale, paloare, febră, hipotensiune, convulsii, comă) sau locale, prin acțiunea iritantă asupra țesuturilor din vecinătatea locului de injectare a fierului (dureri violente locale sau pe traiectul venei respective, tromboflebită sau chiar necroză).

Rezultatele tratamentului cu fier, indiferent de calea sa de administrare, în aproape toate anemiile feriprive sînt spectaculoase. Hemoglobina crește de obicei rapid și semnificativ în primele 2—3 săptămîni și continuă și după aceea, numai că într-un ritm mai lent.

Dacă valoarea hemoglobinei nu se normalizează după 4—6 săptămîni de tratament, se presupune că există greșeli sau incorectitudini în administrarea medicamentului, comise de bolnav sau de familia sa, ori este vorba de o eroare de diagnostic, putînd fi o anemie, dar cu totul de altă cauză și care necesită, bineînțeles, și un alt tratament.

În sfîrșit, transfuziile de sînge sînt utilizate astăzi cu totul excepțional și sînt rezervate numai cazurilor de anemii foarte grave, cu hemoblobina mult sub 50% din valorile normale și la marii imaturi cu anemii severe, la care s-au supraadăugat infecții respiratorii grave, ce le pun viața în pericol.

Fără a prezenta o gravitate mare, anemiile prin lipsa de fier la copil constituie totuși un important capitol de patologie pediatrică, căruia trebuie să i se acorde atenția cuvenită, atît de către părinți cît și de medicul pediatru.

Tratarea acestor forme de anemii nu este dificilă ; puține boli pediatrice se pot vindeca repede și definitiv, cu un tratament atît de simplu cum este feroterapia, dacă se administrează corect, după prescripția medicului și sub supravegherea sa.

TULBURĂRILE SOMNULUI LA COPII

Somnul reprezintă pentru om, la orice vîrstă şi cu precădere la copil, una din necesităţile fiziologice ale organismului, pentru refacerea energiei generale şi cu deosebire a celei nervoase, consumată în timpul stării de activitate, cunoscută sub denumirea de „stare de veghe".

Somnul este condiţionat de unii factori externi, cum ar fi : liniştea sau zgomotul, confortul termic şi de spaţiu al încăperii, de starea atmosferică, precum şi de unii factori interni, dintre care amintim : starea de oboseală fizică şi psihică, starea de sănătate, temperamentul individului etc.

Modificările semnificative ale somnului, fie că sînt în minus, denumite „insomnii", fie că sînt în plus, aşanumitele „hipersomnii", traduc tulburarea unor funcţii ale organismului.

Înainte însă de a trece la descrierea tulburărilor somnului, considerăm util să prezentăm perioadele normale de somn, în funcţie de vîrstă. Astfel, în primele luni de viaţă, copilul doarme 15—16 ore, atît ziua cît şi noaptea ; între 1—2 ani durata somnului se reduce la 12—14 ore, iar între 3—7 ani ajunge la 11—12 ore, predominînd somnul de noapte şi reducîndu-se considerabil cel de zi.

După vîrsta de 7 ani, pînă la 14 ani, numărul orelor de somn scade la 8—9, iar de la 14 la 20 de ani la 7—8 ore, exclusiv în cursul nopţii.

Din simplă analiză a datelor mai sus prezentate, reiese faptul că nevoile de somn ale omului sînt cu atît mai mari cu cît vîrsta lui este mai tînără ; dacă nounăscutul doarme 2/3 din zi, la vîrsta de 3 ani copilul

doarme 1/2 din zi, la 14 ani, 1/3, iar după această vîrstă aproximativ 1/5 din zi.

Cercetări recente au stabilit că 7 ore pentru adulţi şi 5—6 ore pentru vîrstnici şi toate în timpul nopţii, sînt suficiente pentru menţinerea unui echilibru biologic între activitate şi odihnă.

În ultimii ani, există la copii o tendinţă evidentă de scurtare a perioadei de somn ; explicarea fenomenului ar putea fi pusă pe seama maturizării precoce a copiilor de astăzi, acest fapt demonstrînd nebănuitele posibilităţi de refacere rapidă a organismului copiilor şi în special a sistemului lor nervos după eforturile zilnice.

Tulburările somnului, în sensul creşterii importante a numărului de ore în care organismul copilului doarme, denumite *hipersomnii,* apar rar şi traduc, fie existenţa unei suferinţe cerebrale cronice, cunoscută sub denumirea de encefalopatie infantilă, fie a unor boli infecţioase acute, cum ar fi hepatita epidemică, encefalita, gripa, meningita, unele boli metabolice precum diabetul zaharat sau insuficienţa renală cronică, boli endrocine ca hipotiroidia sau în sfîrşit existenţa unor tumori cerebrale. În foarte rare cazuri substratul hipersomniei nu este decît funcţional şi se datorează greşitului obicei al părinţilor de a impune, prin orice mijloace, un somn cît mai prelungit copiilor, mentalitate izvorîtă din concepţia eronată, după care, „somnul în plus înseamnă sănătate în plus". În acest ultim caz, hipersomnia duce la efecte contrare aşteptărilor părinţilor, copiii prezentînd adeseori iritabilitate, dureri de cap, apatie, lipsa poftei de mîncare, constipaţie şi în mod paradoxal, stare permanentă de oboseală.

Insomnia

Dacă stările de hipersomnie la copil sînt rar întîlnite, mult mai frecvente sînt cele diametral opuse și anume cele de insomnie. Termenul de insomnie desemnează acele stări în care somnul este insuficient datorită pe de o parte, dificultății copilului de a adormi seara, iar pe de altă parte, trezirii lui mult mai devreme dimineața, astfel încît organismul nu reușește să se refacă după efortul din cursul zilei precedente.

În plus, la copiii mai mari există situații în care timpul optim de odihnă noaptea este asigurat, dar calitatea somnului este deficitară, datorită unor vise neplăcute, unor adevărate coșmaruri sau a unor manifestări de somnambulism, stări asupra cărora vom reveni.

Insomnia se manifestă la copil, încă din perioada de sugar și se datorează unor senzații sau insatisfacții pe care copilul le încearcă, așa cum este senzația de foame, de ud după micțiune, absența legănatului sau a vorbirii în momentul adormirii, ultimele constituind obiceiuri greșite ale părinților, în speranța obținerii mai rapid a somnului la cei mici.

La copilul între 1 și 6 ani, insomnia se datorează fie existenței unor boli organice, fie unor îngrijiri defectuoase din partea familiei.

Adeseori, copiii obișnuiți să doarmă împreună cu părinții, în momentul în care sînt separați de ei și în special de mamă, resimt aceasta ca o ruptură afectivă și din aceste motiv nu reușesc decît cu mare dificultate să adoarmă după multe rugăminți neîmplinite sau de reproșuri aduse părinților ; de aici rezultă și unul din imperativele educației copilului la această vîrstă și anume acela de a-l culca încă de la vîrstă foarte mică singur

în camera sa, sau dacă aceasta nu este posibil, măcar singur în pat.

Insomnia este favorizată la această vîrstă și de influența negativă pe care o exercită asupra copilului senzația de întuneric, pe lîngă cea de singurătate, care generează o serie de temeri nejustificate pentru noi adulții, dar greu de înțeles la acea vîrstă.

La copiii mai mari, somnul este influențat negativ de impresii terifiante, rezultate din vizionarea unor filme, a unor emisiuni de televiziune, din ascultarea sau lecturarea unor povestiri de senzație, din timpul zilei și în special din cursul serii. Tot la copiii mari, somnul este perturbat de existența coșmarurilor, senzații perceput în subconștientul lor, datorate elaborării unor fantasme sau a unor vise, pe cît de ireale, pe atît de ciudate. Somnambulismul — termen ce definește efectuarea unor mișcări și deplasări în spațiu de către unii copii mari în timpul somnului — traduce existența unei stări patologice a psihicului bolnavului ; această tulburare a somnului este din ce în ce mai rar întîlnită astăzi, cînd dispunem de un tratament preventiv eficient.

Există o categorie aparte de indivizi, fie că sînt copii mai mari, fie că sînt adulți, care se plîng de insomnii rebele noapte de noapte ; ei încearcă să-i convingă pe cei din jur că nu dorm decît extrem de puțin în cursul nopții. Realitatea este cu totul alta, deoarece ample studii clinice și electroencefalografice efectuate în scopul supravegherii somnului acestor pacienți au stabilit că în realitate ei dorm relativ bine și destul de mult, noapte de noapte.

Odată constatate tulburările obiective de somn, trebuie înlăturate, atît prin mijloace medicale, cît și educaționale.

Stările de hipersomnie, traducînd de regulă existența unor boli acute sau cronice ale unor organe sau

aparate, nu pot fi corectate decît prin eliminarea cauzei care le-a produs, adică prin vindecarea bolii de bază. Numai medicul este în măsură să precizeze cauza stării de hipersomnie, să-i recomande tratamentul corespunzător, pe care bolnavul este dator să-l urmeze cu conştiinciozitate ; procedînd astfel, tratamentul înlătură cauza, iar hipersomnia, ca una din manifestările bolii dispare, ca o consecinţă firească a eliminării cauzei.

Stările de insomnie sînt mai frecvent întîlnite la copii şi sînt variat exprimate clinic şi mai uşor de înlăturat prin contribuţia familiei în primul rînd şi abia în al doilea rînd, a medicului. Pentru favorizarea unui somn liniştit, profund şi odihnitor, părinţii trebuie să creeze copiilor o plăcută ambianţă. Copilul trebuie să se culce într-o cameră aerisită, liniştită, cu confort termic, în întuneric sau cel mult cu o discretă lampă de noapte. O butadă lansată cîndva de către August Tournay şi care a circulat mult în rîndul marelui public, spunea, pe bună dreptate despre somn următoarele : „pentru a putea dormi bine trebuie să avem stomacul uşor, conştiinţa liniştită şi picioarele la căldură". Adevărul din spusele sale se suprapune perfect peste observaţiile medicale legate de condiţiile optime ale unui somn odihnitor.

În cazurile în care copiii se plîng de insomnie, familia va înlătura pe cît posibil în totalitate factorii de mediu care pot să o producă : zgomotul, lumina puternică, frigul, căldura excesivă, umezeala sau din contră, uscăciunea aerului, sau poluarea aerului din camera copilului cu mirosuri diverse. De asemenea, se vor evita mesele prea bogate sau constituite din alimente mai greu digerabile, servite cu puţin timp înainte de ora culcării. Senzaţia de „stomac încărcat" pe care o acuză atît copiii cît şi adulţii, constituie frecvent cauză de insomnie, motiv pentru care se recomandă, în limita

posibilităţilor, servirea mai devreme a cinei şi efectuarea unei plimbări de seară, în scopul favorizării digestiei. Pe lîngă faptul că favorizează o bună digestie, plimbarea postprandială de seară are un efect calmant asupra sistemului nervos şi asigură o mai bună ventilaţie pulmonară, datorită poluării atmosferice mai reduse şi conţinutului mai bogat în oxigen al aerului de seară.

Vor trebui, de asemenea, înlăturaţi şi factorii care creează sau întreţin o stare de surescitare nervoasă a copilului. Ne gîndim în primul rînd, la necazurile lui din familie sau din şcoală, asupra cărora, fără să vrea, meditează în special în timpul serii, în orele destinate odihnei ; în al doilea rînd avem în vedere efectele dăunătoare ale fumatului şi consumului de alcool asupra somnului, mai ales că se constată în ultimul timp o tendinţă de extindere a acestor deprinderi în rîndul tineretului şcolar. Este locul să amintim aici şi despre ceaiurile comisă de unii părinţi, care dau copiilor seara cafea, cacao, ceai rusesc sau ciocolată, toate acestea conţinînd substanţe cu efect excitant asupra sistemului nervos şi după a căror consumare este firesc ca instalarea somnului să întîrzie mult sau o dată instalat, să fie superficial, scurt şi neodihnitor.

Dacă după înlăturarea tuturor factorilor din mediul extern răspunzător de insomnie, copiii prezintă aceleaşi perturbări în raportul dintre starea de somn şi de veghe, se poate suspecta fie o tulburare funcţională nervoasă, sub forma unei nevroze de suprasolicitare, fie o suferinţă organică a sistemului nervos central ; în acest din urmă caz poate fi vorba de unele afecţiuni inflamatorii, metabolice sau de tumori cerebrale.

Tratamentul medicamentos al tulburărilor de somn la copil trebuie prescris numai de medic.

Administrarea somniferelor la copii din inițiativa părinților sau a altor persoane din anturajul lor, ca și autoadministrarea acestora, constituie erori grave, pe de o parte datorită riscului toxic prin supradozare, iar pe de alta, constatării că de multe ori abuzul de somnifere, în mod paradoxal, determină sau întreține insomnia, închizîndu-se în acest fel un cerc vicios, din care cu mare greutate se poate ieși.

Administrarea sistematică și în doze mari, după recomandările unor persoane fără competență profesională a unor diverse substanțe cu efect somnifer (fenobarbital, dormital, ciclobarbital, diazepam, clordelazin, romergan) este dăunătoare la copii din 2 motive : în primul rînd pentru că frînează dezvoltarea neuropsihică a acestora și determină în consecință scăderea randamentului intelectual ; în al doilea rînd, pentru că duc rapid la dependența organismului de aceste medicamente, fără de care somnul natural va fi cu greu posibil.

Deși cu ajutorul somniferelor s-au rezolvat multe din cazurile de insomnie la copii, nu trebuie scăpat din vedere faptul că somnul natural nu poate fi înlocuit de somnul produs prin administrarea unor medicamente. Mai mult chiar, efectul somnifer al celor mai multe medicamente scade cu timpul, motiv pentru care bolnavul este tentat, din proprie inițiativă, să-și crească mereu doza, apărînd pe de o parte pericolul supradozării, iar pe de alta riscul apariției efectelor secundare nedorite ale acestora.

Concluzionînd cele sus prezentate putem afirma că tulburările somnului la copii sînt relativ frecvent întîlnite în practica medicală curentă și că ele devin din ce în ce mai frecvente, o dată cu creșterea gradului de civilizație a societății, care presupune stres, poluare atmosferică și fonică, abuz în urmărirea programelor

de televiziune și creșterea consumului de substanțe medicamentoase sau alimentare, cu efect excitant asupra sistemului nervos (insuficient maturizat la vîrstele copilăriei).

Avînd în vedere multitudinea cauzelor care provoacă tulburări de somn, este evident că nu trebuie intervenit medicamentos în toate situațiile, de multe ori fiind suficiente numai măsurile educaționale, psihoterapia, meloterapia (favorizarea instalării somnului cu ajutorul muzicii, în special a celei simfonice) sau folosirea unor procedee tradiționale (cum ar fi ceaiurile calmante, băile calde și plimbarea de seară) care și-au dovedit de-a lungul timpului nu numai lipsa de nocivitate dar și eficiența terapeutică.

INCONTINENȚA URINARĂ LA COPIL

Incontinența urinară, denumită în mod curent enurezis, desemnează acea stare patologică a copilului în care lipsa controlului vezical determină emisiunea involuntară a urinii, atît ziua cît și noaptea în somn, dincolo de vîrsta la care el trebuia să fi dobîndit controlul sfincterului vezical, adică după vîrsta de 3—4 ani.

Atunci cînd incontinența urinară persistă la copilul de vîrstă mai mare, enurezisul constituie o problemă medico-socială importantă.

Deoarece numeroși părinți sînt îngrijorați peste măsură de existența unor asemenea tulburări urinare la copii, prezentăm în cele ce urmează, succint, cîteva aspecte ale problemei.

Înaintea vîrstei de 2 ½ ani nu putem vorbi de enurezis, deoarece la această vîrstă controlul voluntar

al micțiunii nu s-a instalat încă. Nu putem vorbi de enurezis nici după vîrsta de 3 ani, dacă emisiunile involuntare de urină se produc foarte rar, de regulă numai în timpul nopții și în special după zile obositoare pentru puterile copilului.

Cauzele enurezisului pot fi numeroase :

— în primul rînd se situează deprinderile educative greșite ale copilului, legate de actul micțional. În aceste cazuri vina este a familiei care fie că nu insistă în suficientă măsură pentru formarea acestor deprinderi, fie că o face cu brutalitate și severitate, dorind ca ei, copiii, să urineze așa-zis „la comandă" ;

— în al doilea rînd se situează traumele psihice la care este supus în mod continuu copilul din partea adulților așa cum este cazul în familiile lipsite de afecțiune pentru copil, în cele dezorganizate, la cei cu părinți alcoolici sau în cazul copiilor cu dificultăți școlare, în special din primii ani de școală ;

— în ordinea descrescîndă a frecvenței, urmează infecțiile și malformațiile aparatului renal al copiilor. Frecvența mai mare a enurezisului este întîlnită în infecțiile urinare cu bacili coli și proteus, sau în fimoză, hipospadias, stricturi ale uretrei, calculi renali, etc. ;

— într-o măsură mai mică, enurezisul este cauzat de existența unor anomalii ale coloanei vertebrale, în special ale regiunii ei inferioare, așa cum este cazul în anomalia vertebrală denumită „spina bifida" sau în deformațiile coloanei însoțite de scolioză severă ;

— unele afecțiuni neuropsihice cu care copilul fie că s-a născut (encefalopatii infantile), fie că le-a contractat prin îmbolnăvire (encefalite, meningite), pot cauza apariția tranzitorie uneori chiar definitivă, a incontinenței urinare ;

— rareori enurezisul poate fi un semn precoce de diabet zaharat juvenil sau de diabet insipid (tulburare glandulară hipofizară severă).

Numeroase cazuri de enurezis au o cauză psihogenă, aceasta însemnînd o disfuncție trecătoare a sistemului nervos al copilului, responsabilă de circa $^2/_3$ din numărul total de cazuri. Copiii din această ultimă categorie au complexe de inferioritate, sînt nervoși, instabili psihic și intelectual, motiv pentru care au dificultăți la învățătură.

Identificarea cauzei responsabile de incontinența urinară la un copil nu este deloc o treabă ușoară. Ea presupune o atentă observație din partea medicului și un număr uneori impresionant de examene neuropsihologice, electro-encefalografice, urologice, de radiologie și de laborator clinic.

După date statistice recente, se consideră că 85—90% din cazurile de enurezis sînt datorate tulburărilor afective ale copiilor, secundare perturbării relațiilor părinți-copii, educatori-copii, sau unor condiții de mediu necorespunzătoare afectînd psihicul copilului. Numai în 10—15% din cazuri, enurezisul este datorat unor anomalii organice (renale, genitale, vertebrale).

Terapeutica enurezisului este o problemă încă dificilă a medicinei.

Succesul tratamentului depinde în primul rînd de precizarea cauzei sale și de modul în care copilul bolnav și familia sa cooperează cu medicul curant.

Indiferent de cauza bolii reducerea consumului de lichide seara, fără a fi însă drastică, este o măsură necesară ; la fel de necesară este golirea vezicii urinare seara, înainte de culcare.

Enurezisul, reprezentînd o tulburare nervoasă de reglare a funcției sfincterului vezical, impune printre alte măsuri terapeutice și pe aceea de a creea reflexul con-

diționat de control voluntar al actului micțional, atît în timpul zilei cît și al nopții. În cursul zilei copilul va fi învățat să-și mențină vezica urinară plină, pe perioade din ce în ce mai lungi de timp. În cursul nopții el va fi sculat o dată sau chiar de mai multe ori, la aceleași ore pentru a urina.

Familia trebuie să manifeste multă înțelegere pentru copilul enuretic. El nu trebuie certat, amenințat sau chiar pedepsit pentru niște manifestări anormale, dar care nu țin în exclusivitate de voința lui : din contra, el trebuie încurajat și ajutat să depășească cu succes complexul de inferioritate față de colegi și prieteni.

În afara ajutorului primit de la familia sa, copilul enuretic poate beneficia de psihoterapie, aplicată de medic prin scurte convorbiri și sfaturi medicale simple și pe înțelesul său, referitoare în special la necesitatea reeducării actului micțional și la realizarea retenției voluntare a urinii, măcar în timpul zilei.

Dacă prin aplicarea tuturor măsurilor sus-amintite, asociate cu administrarea sub control medical a unor doze moderate de medicamente psihotrope, enurezisul nu se vindecă după 3—4 luni, se pune indubitabil problema existenței unui proces infecțios urinar independent sau de cele mai multe ori, ca o complicație a unor malformații renale sau chiar ale căilor urinare.

Dacă rezultatele investigațiilor clinice sau de laborator converg către existența unor anomalii pe traiectul aparatului urinar, acestea vor fi corectate pe cale chirurgicală, într-un serviciu de urologie sau de chirurgie infantilă.

În urma eliminării cauzei responsabile de apariția incontinenței urinare, dispare și enurezisul și răsunetul său asupra comportamentului psihologic al copilului bolnav.

DIABETUL ZAHARAT JUVENIL

Diabetul zaharat este o boală a metabolismului hidrocarbonatelor — adică a zaharurilor — datorat lipsei sau insuficientei secreții de insulină de către pancreas : aceasta determină, în consecință, insuficienta folosire a glucozei în procesul metabolismului celulelor energetice și explică prezența glucozei în sînge, în exces.

În comparație cu adultul, diabetul zaharat se întîlnește mai rar la copil, și are caracter ereditar în aproximativ jumătate din numărul total de cazuri ; aceasta s-a observat mai întîi la gemeni, care în perioada adultă, trăind în condiții de mediu diferite, au devenit diabetici ambii frați.

Sînt însă situații în care diabetul poate fi provocat la copil prin diminuarea pînă la suprimarea funcției insulino-secretoare a pancreasului, prin boli infecțioase, cum ar fi parotidita epidemică (mai cunoscută sub denumirea de oreion), icterul infecțios, pneumonia, scarlatina, rujeola.

Dar, deoarece persistența organică și funcțională a unei mici părți sănătoase de pancreas acoperă nevoile metabolizării normale a zaharurilor, pentru ca diabetul să apară, este nevoie să intervină o cauză suplimentară, cel mai adesea sub forma supraalimentației zaharate, ceea ce explică frecvența unor astfel de cazuri la copiii care consumă dulciuri în cantități apreciabile.

Gustul dulce, foarte apreciat de copii determină consumarea unor cantități mari de glucide (sub formă de bomboane, prăjituri, înghețată, fructe, siropuri, sucuri diverse făinoase) ce depășesc cu mult o alimentație rațională. Acest fapt facilitează pe de o parte supra-

alimentația și instalarea obezității, iar pe de altă parte, fac să crească brusc glicemia și suprasolicită pancreasul, ducînd în unele cazuri la apariția diabetului zaharat.

Chiar dacă se consideră că diabetul zaharat la copil este o afecțiune endocrină și nu o boală în exclusivitate de nutriție, interrelația dintre această boală și alimentație este totuși de necontestat.

Cele mai frecvente cazuri de diabet apar la copiii între 4 și 7 ani sau în perioada adolescenței, deși nu sînt excluse îmbolnăvirile și la alte vîrste. Chiar și la copiii în vîrstă de pînă la 1 an se pot întîlni cazuri de diabet, dar diagnosticul bolii la această vîrstă este greu de stabilit, datorită semnelor atipice ale bolii.

Ceea ce atrage atenția asupra bolii, ca prim semn clinic, este setea continuă, pentru potolirea căreia copilul consumă mari cantități de lichide, simptom cunoscut sub denumirea de polidipsie.

În consecință, se instalează și cel de al doilea semn caracteristic al bolii, poliuria, manifestată prin creșterea cantității de urină eliminată cu fiecare micțiune și a cantității totale din 24 de ore.

În sfîrșit, al 3-lea semn clinic important este polifagia, adică senzația permanentă de foame pe care o prezintă copilul. Rarcori, la copil polifagia lipsește și este înlocuită, în mod surprinzător, tocmai cu contrariul ei, lipsa poftei de mîncare.

Cu timpul copilul diabetic slăbește, iar randamentul său psihic scade, din cauza senzației permanente de oboseală, a lipsei de concentrare și a prezenței unei stări de agitație sau din contra, de apatie.

Examenele de laborator sînt concludente, exprimînd creșterea glucozei sanguine la 2—3 g‰ (față de 0,7 pînă la 1,20 g‰ cît sînt valorile normale) precum și prezența în urină a glucozei și a corpilor cetonici

(substanțe de degradare incompletă a glucozei, eliminate prin urină).

După stabilirea diagnosticului, instituirea tratamentului medicamentos și dietetic constituie o atitudine de mare urgență pentru a preîntîmpina cea mai de temut complicație a bolii și anume coma diabetică.

Coma diabetică constituie manifestarea de debut a diabetului la circa 90% din sugari, în timp ce la copilul mai mare, la numai 15% din cazuri. Există cîțiva factori care favorizează instalarea comei la un copil cu diabet cunoscut din antecedente, sau cu diabet latent (nemanifestat clinic încă) :

— erori grosolane de regim ;

— diabet diagnosticat dar netratat corespunzător, atît din punct de vedere medicamentos, cît și dietetic ;

— tratament insulinic insuficient ;

— stări de șoc traumatic sau psihologic ;

— restricții prea severe de lichide ;

— în caz de pierderi exagerate de lichide prin foarte numeroase vărsături sau scaune diareice.

Tratamentul diabetului la copil se efectuează la spital sau la domiciliul bolnavului sub supravegherea strictă și permanentă a medicului, dar cu concursul interesat al familiei bolnavului, urmărindu-se atingerea a două obiective majore :

— primul, echilibrarea regimului dietetic ;

— al doilea, suplinirea lipsei insulinei pancreatice, prin aport din afară de insulină (obținută pe cale naturală sau prin sinteză în laborator) ce urmează a fi administrată bolnavului în scop substitutiv, pe toată durata vieții. Efectul terapeutic al insulinei este foarte bun, dar administrarea ei sub formă injectabilă, în cîteva prize pe zi, înainte de mese, este destul de incomodă pentru bolnav. Doza necesară este injectată

subcutan, la copiii mai mici sau la cei mari în prima fază a bolii, de către surorile medicale ; cu timpul, bolnavii sînt învățați să-și facă singuri injecțiile, pentru a-i face să nu mai depindă și din acest punct de vedere de cei din jur. Pentru comoditatea administrării s-au creat noi tipuri de insulină „de depozit" care necesită administrarea la un interval de mai multe zile. Cercetări recente, efectuate de medicul indian Anad Kumar, i-au permis acestuia să înceapă, experimental, administrarea insulinei la bolnavi nu prin injecții, ci pe cale nazală ; introdusă în cavitatea nazală, ca orice dezinfectant nazal, se absoarbe rapid în circulație prin vasele mucoasei care o căptușesc. Se speră ca terapia sa să poată fi dezvoltată în viitor și aplicată bolnavilor pe o scară mai mare, întrucît efectele ei sînt mai profunde, iar cantitatea de insulină necesară pare să fie mai redusă decît cea administrată prin injecții.

Dacă controlul medicamentos al bolii cade în cea mai mare parte asupra medicului curant, în schimb regimul dietetic al bolnavului depinde numai de el și de familia sa.

Spre deosebire de adult, regimul dietetic recomandat copilului bolnav, este suficient sub aspectul conținutului caloric și echilibrat din punct de vedere al compoziției sale (fără restricții importante la proteine și grăsimi), pentru a face față nevoilor energetice și plastice ale organismului, aflat în continuă creștere și dezvoltare.

Sub protecția insulinei aportul de glucide la copilul diabetic va fi doar ușor redus față de copilul sănătos, ele fiind repartizate în mese mici și pe cît posibil la ore fixe.

Grăsimile vor fi și ele reduse, fiind preferate cele de origine vegetală (uleiuri, margarină), în schimb pro-

teinele în meniul copiilor pot fi date în cantități normale sau chiar ușor crescute, pînă la acoperirea optimului de calorii al rației alimentare zilnice.

Copilul diabetic poate contracta și el o serie de boli acute sau cronice ; se impun în aceste cazuri unele măsuri suplimentare, dietetice și medicamentoase, de moment sau de durată, toate însă la indicația și sub controlul medicului.

Copiii diabetici sînt de obicei inteligenți. Sînt însă foarte sensibili și emotivi, chiar dacă temperamental, înainte de apariția bolii ei se manifestau altfel, iar această modificare comportamentală este condiționată secundar de boala însăși. De aici, rezultă și interesul și mai ales înțelegerea, pe care familia trebuie să i le acorde, în special în înlăturarea complexului psihologic pe care și-l creează bolnavul. Psihoterapia făcută cu tact și pricepere, poate ajuta bolnavul să depășească cu bine perioada de debut a bolii și să-l convingă, că respectînd un regim de viață rațional, un regim alimentar și un tratament medicamentos corespunzător, starea sa clinică se va redresa și va putea duce o viață cvasinormală.

Aminteam mai sus despre cea mai de temut complicație a diabetului la copil și anume coma diabetică. Creșterea rapidă și la valori de peste 3 g‰ ml sînge a glicemiei, poate determina intrarea copilului în starea de comă. Ea poate surveni atît la un copil cunoscut ca diabetic cît și la unul la care simptomele pe care le prezentase anterior nu au fost etichetate ca fiind de natură diabetică. Coma diabetică se instalează în decurs de cîteva ore, copilul prezentînd lipsa poftei de mîncare, respirație dificilă (rapidă, zgomotoasă, cu efort și cu miros de acetonă al aerului expirat), adinamie, apatie, somnolență și în final starea de inconștiență și de

somn profund, perioadă în care, fără tratamentul corespunzător (constînd în administrare rapidă pe cale intravenoasă de insulină, efectuată într-un spital bine dotat tehnic și cu cadre cu o bună pregătire profesională) bolnavul poate sucomba.

În cazurile în care bolnavului aflat în comă diabetică i se administrează doze de insulină mai mari decît cele necesare metabolizării glucozei sanguine în exces, coma se transformă rapid din hiperglicemică în hipoglicemică, manifestată prin agitație motorie, transpirație abundentă, stare de slăbiciune, cu senzație de foame, puls accelerat, urmată la scurt timp, din nou de somnolență, cu agitație, delir sau de crize convulsive. Ieșirea din starea de comă hipoglicemică se produce rapid, numai dacă i se administrează prompt bolnavului, pe cale intravenoasă, soluție de glucoză.

Severitatea diabetului infantil și dificultatea menținerii unui echilibru stabil între glucoză și insulina din sîngele bolnavilor, constituie motive pentru care stricta supraveghere medicală a bolnavului trebuie să dureze atîta timp cît durează și boala sa.

Grupuri specializate din marile centre medicale, țin în observație permanentă atît copiii cît și adulții cu diabet, sub forma unei dispensarizări active. Dar nu trebuie neglijată contribuția bolnavului însuși la îngrijirea bolii sale ; mai mult ca oricare alt bolnav, diabeticul trebuie să fie un colaborator al medicului care-l îngrijește.

Diabetul fiind o boală cu semne clinice obligatorii (polidipsie + polifagie + poliurie), este ușor de recunoscut de orice părinte, atunci cînd se manifestă la un copil ; în stadiul cît mai incipient, copilul trebuie prezentat medicului pediatru pentru precizarea și siguranța diagnosticului prezumtiv, pentru a fi dispen-

sarizat și tratat corespunzător stadiului și formei clinice a bolii. În îngrijirea unui copil diabetic, pediatrul are un rol esențial și primordial, atît față de copilul bolnav cît și față de familie, el trebuind să descleze eventualele semne de decompensare biochimică și psihică a bolnavului, trebuind să preîntîmpine orice dereglare a echilibrului, uneori precar, în care se află bolnavul.

În cea mai mare parte a timpului, copilul diabetic, atunci cînd nu prezintă vreo complicație sau o infecție suprаadăugată, își desfășoară o activitate fizică și psihică normală vîrstei sale.

El va îmbina armonios obligațiile școlare cu preocupări pentru viața sa spirituală (lectură particulară, vizionare de filme și de programe de televiziune) rezervînd timp suficient și pentru odihna activă (mișcare, sport) sau pasivă (circa 8—10 ore de somn în 24 de ore).

Efortul fizic moderat poate influența favorabil metabolismul glucozei, așa încît munca fizică moderată este chiar indicată copilului bolnav ; lui îi este permis să practice orice sport, dar îi este contraindicat sportul de performanță, activitate care solicită organismului eforturi deosebite, care-i depășesc posibilitățile fizice.

Diabetul nu exercită nici o influență negativă asupra capacității psihice și a randamentului intelectual al copiilor bolnavi ; ei sînt capabili de o școlarizare normală, atacînd cu succes toate ramurile de vîrf ale aplicării intelectului uman.

Iată cum, cu precauțiile de rigoare, copilul diabetic poate beneficia în mare măsură de bucuriile vieții, ca și ceilalți copii de vîrsta lui.

OBEZITATEA CU DEBUT DIN COPILĂRIE

Obezitatea constituie acea stare patologică a organismului în care greutatea corporală depăşeşte cu peste 20% greutatea optimă pentru talia şi vîrsta respectivă. Există, însă şi o stare de „preobezitate", la indivizi la care greutatea corporală este cu 10—20% mai mare decît cea ideală. Deşi cauzele obezităţii sînt complexe, efectul este acelaşi şi constă într-o tulburare metabolică profundă cu consecinţa imediată, depunerea excesivă şi preferenţială de grăsimi în unele regiuni ale corpului, în ordinea descrescîndă a importanţei depozitelor de grăsime fiind abdomenul, coapsele, faţa, gîtul şi toracele.

În afara depunerilor patologice anormale de grăsime în regiunile sus-menţionate, trebuie precizat că repartiţia grăsimilor preferenţial în anumite zone, variabile în funcţie de sex, este un proces fiziologic, prezent încă de la naştere şi comandat de unii hormoni ai organismului.

În general, la persoanele de sex masculin, depunerea grăsimilor se face în partea superioară a corpului (faţă, gît, umeri, torace), iar la cele de sex feminin în partea inferioară, pe trunchi şi membre (abdomen, fese, şolduri, coapse, genunchi, gambe).

Obezitatea a cărei frecvenţă în rîndul copiilor tinde să crească de la o vreme, în paralel cu standardul de viaţă, constituie o problemă principală de sănătate publică.

Un recent studiu statistic arată că peste 40% din adulţii obezi, au fost supraponderali sau chiar obezi în copilărie.

Dacă la copilul din primul an de viaţă adevărata obezitate este foarte rară, numărul de cazuri creşte considerabil în special în perioada 1—3 ani, 6—8 ani şi apoi la pubertate.

Din rîndul acestei categorii de copii se vor recruta viitorii adulţi suferind de diabet, ateroscleroză, litiază biliară, hipertensiune arterială, reumatism cronic degenerativ, poliartroză, dislipemii sau varice, boli care într-o societate civilizată deţin un loc de frunte.

Obezitatea influenţează negativ, atît la copil cît şi la adult, funcţiile respiratorii şi cardiace. Efortul respirator este mult crescut datorită volumului plămînilor şi a toracelui în ansamblul său (prin depunere excesivă de grăsime subcutanat) şi în consecinţă, activitatea ventilatorie devine mai redusă. Depunerea posibilă de grăsime în jurul cordului, precum şi efortul continuu pe care el trebuie să-l depună pentru a împinge în circulaţie sîngele constituie cauza hipertensiunii arteriale, destul de frecvent întîlnită la copilul obez.

Şi psihologia copilului obez, atît sub aspect afectiv cît şi comportamental, este deformată de cea a copilului normal. El devine mai labil psihic, mai lent în mişcări şi în activitatea intelectuală, cu voinţă redusă ; oboseşte uşor, doarme mult şi îşi creează cu timpul complexe de inferioritate faţă de ceilalţi copii.

În cazul copiilor, obezitatea recunoaşte două cauze principale şi anume :

— existenţa unei tulburări endocrinometabolice, cum este cazul glandelor hipofiză, tiroidă, suprarenală, pancreas sau gonade. Consecinţele acestor tulburări sînt multiple, iar dintre ele, obezitatea constituie doar un simptom şi poate nu totdeauna cel mai important al bolii respective ;

— cea de-a doua și de fapt cea mai frecventă cauză a obezității la copil o constituie predispoziția genetică familială, ceea ce explică existența a numeroase familii în care numărul de persoane — adulți și copii — fie supraponderale, fie obeze, să fie mare. Obezitatea unuia din părinți joacă un rol probabil în obezitatea copilului lor ; cînd ambii părinți sînt obezi, copilul lor va fi sigur obez. Această stare este dăunătoare atît prin moștenirea unui anumit teren metabolic, cît și a unor obiceiuri alimentare dăunătoare.

În ambele situații, se produce perturbarea echilibrului dintre procesul de asimilație al alimentelor (deci sursele de energie) și de dezasimilație (proces responsabil de utilizarea energiei rezultată din metabolismul alimentelor cu rol energetic). În urma dezechilibrului intervenit, rezultă un exces de substanțe lipidice, care se depozitează în țesutul gras al organismului, foarte bine reprezentat în mai toate regiunile corpului.

Echilibrul bilanțului elementelor nutritive ale organismului este controlat de doi centri nervoși din creier și anume centrul foamei și cel al sațietății, primul avînd rol în declanșarea poftei de mîncare, cel de al doilea în diminuarea apetitului sau apariția senzației de sațietate („de sătul") după consumarea unei cantități raționale de alimente de către copil. Factorii psihici pot influența în ambele sensuri acțiunea acestor centri nervoși ; pot determina fie o anorexie severă, fie, din contra, un apetit exagerat.

La copiii din astfel de familii, supraalimentația cu grăsimi, dar mai ales cu glucide, dintre care făinoasele din cereale și dulciurile super-rafinate — bomboane, rahat, ciocolată — constituie picătura care umple paharul și declanșează apariția obezității, încă din primii ani de viață.

Supraalimentația, la care se mai adaugă și viața sedentară pe care o duc mulți din copiii de astăzi, constituie asocierea nefastă a două obiceiuri ale lipsei de cumpătare, pe care viața nu le lasă nesancționate. Sedentarismul, caracteristic obezității determină o economie importantă de energie, așa încît de aici încolo, o rație alimentară numai ușor crescută față de normal, este suficientă să mențină sau chiar să accentueze gradul obezității.

Un studiu amplu, efectuat în țara noastră asupra unei populații numeroase și ale cărui rezultate au fost publicate într-o revistă de largă circulație, concludea că depășirea rației alimentare zilnice doar cu 100 calorii peste necesar, duce în 5 ani la instalarea obezității, atunci cînd acest moderat regim supracaloric se corelează cu o viață sedentară. Această observație poate constitui un semnal de alarmă în special pentru acei părinți care-și supraalimentează copiii cu glucide, repartizate în mod nejudicios în decursul zilei, sub forma unui exces de gustări înainte de mese, sau mese copioase seara.

Tratamentul obezității de cauză endocrină se realizează cu preparate hormonale, sub directa supraveghere a medicului endocrinolog.

În obezitatea comună, prin supraalimentație, tratamentul trebuie să înceapă cu reducerea rației alimentare, să continue prin combaterea sedentarismului și să se termine, numai în cazuri de nereușită totală, prin recurgerea la medicamente anorexigene (cele capabile ca prin mecanisme diverse să reducă pofta de mîncare a bolnavului sau să-i confere cu mare ușurință senzația de sațietate).

Regimul alimentar al copilului obez este ușor de stabilit, dar greu de realizat, pentru că necesită cooperarea susținută dintre medic, copil și familia sa.

Măsurile prin care se poate realiza acest deziderat vizează în primul rînd cunoașterea și aplicarea cu strictețe a principiilor privitoare la alimentația rațională, echilibrată, nu numai a copilului obez, ci și a întregii familii, responsabilitatea cea mai mare revenind mamei, cea în mîna căreia stă cu precădere secretul reușitei profilaxiei și tratamentului obezității propriului copil.

În legătură cu necesitatea alimentației raționale a omului la orice vîrstă ne pare interesant și dureros de adevărat un vechi aforism francez care spune : „o treime din tot ce mîncăm ne ajunge ca să putem trăi ; celelalte două treimi slujesc ca să-i facă să trăiască și să muncească pe medici"... și asupra lui vă lăsăm să meditați stimați cititori.

Printre alte obiective educative, părinții — și în special mama — trebuie să insufle sau să dezvolte la copil simțămîntul de cumpătare în alimentație ; de altfel, cumpătarea în toate trebuie să fie o deviză a educației în orice familie cu copii. Mai mult chiar, din casa omului modern nu trebuie să lipsească cîntarul și aceasta nu pentru că ar impune necesitatea de a se da copilului să mănînce cu gramul, ci pentru a controla periodic greutatea copilului — deziderat tot atît de valabil și pentru adult — acest fapt fiind un semn indirect al înțelepciunii și al vieții cumpătate.

Nevoile alimentare ale organismului copilului vor fi acoperite după unele principii dietetice care împart alimentele în :

— alimente indispensabile, date în cantități moderate : proteine animale (carne, lapte, brînză, ouă) glucide (din unele fructe cu conținut redus de zaharuri precum pere, piersici, caise, grepfruit) ;

— alimente ce pot fi date, dar în cantități mult reduse : făinoase, fructe și sucuri de fructe cu conținut bogat în zaharuri (căpșuni, mere, pepene, struguri) ;

— alimente ce trebuie evitate pe cît posibil : grăsimi alimentare, (untură, carne grasă) sau alimente hiperzaharate (bomboane, rahat, ciocolată, prăjituri) ;

— alimente ce pot fi consumate fără restricție : legume și unele fructe.

Reducerea rației alimentare zilnice, în special prin înlocuirea făinoaselor cu fructe, diminuarea aportului de dulciuri superrafinate pe care le-am enumerat mai înainte, precum și înlocuirea în bună măsură a grăsimilor de origine animală cu cele de origine vegetală, corelată cu mișcare multă pentru a favoriza consumarea caloriilor aflate în exces în organismul copilului obez, poate determina o pierdere substanțială în greutate. Trebuie ca încet, încet, copilul obez să fie obișnuit cu o rație calorică restrînsă, dar echilibrată în principii alimentare cu rol plastic, în vitamine și în săruri minerale, fără de care nu se poate realiza procesul de creștere și dezvoltare a copilului. Consumul de lichide nu va fi restrîns deloc, reducerea lor putînd deveni chiar dăunătoare.

Obezitatea copilului constituie cauza favorizantă a hipertensiunii arteriale la această vîrstă. Constatări recente vin să demonstreze că 50% din cazurile de hipertensiune arterială la copii și adolescenți, pot fi tratate sau prevenite numai prin „slăbire" și fără nici o medicație.

Deoarece și sugarul — copilul din primul său an de viață — poate prezenta un grad variabil de exces ponderal (stare patologică cunoscută sub denumirea de paratrofie), ne vom opri puțin asupra cauzelor particulare și tratamentului obezității la această vîrstă.

Excesul caloric permanent constituie principala cauză a bolii la această vîrstă și el se datorează în

exclusivitate mamei sau altor persoane care se îngrijesc de alimentația sugarului. Unele practici alimentare incorecte (renunțarea la alimentația de bază a sugarului, introducerea precoce a alimentelor solide înaintea vîrstei de 4—5 luni, hiperzahararea alimentelor) sau de îngrijire a acestuia (înfășatul strîns, care împiedică mișcarea sa liberă) sînt factori care pot determina instalarea obezității la copil, încă din primul său an de viață.

Pentru preîntîmpinarea acestor situații și cu atît mai mult dacă se constată deja apariția unui grad de obezitate la sugar, se recomandă reconsiderarea alimentației la sîn (mult superioară oricăror alte preparate de lapte), nedepășirea gradului de îndulcire a tuturor alimentelor care-i compun mesele, diversificarea corectă — după prescripția medicală strictă — a alimentației sugarului. Trebuie, de asemenea, combătută tendința unor mame de a da copilului sîn sau altă alimentație, ori de cîte ori acesta plînge, deoarece plînsul nu reprezintă totdeauna o modalitate de exprimare a senzației de foame ; de multe ori plînsul traduce o suferință sau o altă dorință, pe care sugarul nu are posibilitatea să și-o exprime decît în acest mod.

Deoarece rezultatele tratamentului obezității la copil nu sînt întotdeauna satisfăcătoare, rezultă că profilaxia bolii capătă din ce în ce mai mult importanță primordială. Și în acest sens, se impune adaptarea alimentației copilului în limitele vîrstei, aceasta presupunînd un aport alimentar și caloric rațional și să existe un echilibru energetic stabil între aportul alimentar, nevoile organismului și posibilitățile sale de a cheltui energia rezultată din complexele procese metabolice.

MIGRENA LA COPIL

Migrena constituie cea mai frecventă cauză a durerilor de cap (aproximativ 10% din totalul populației prezintă sau a prezentat crize migrenoase). Afecțiunea este mai mult supărătoare decît gravă și determină incapacitate temporară de muncă, precum și scăderea importantă a performanțelor fizice și intelectuale ale bolnavilor, în timpul și imediat după crize.

Mult timp s-a considerat că migrena constituie apanajul vîrstei adulte și că „durerile de cap" pe care le prezintă frecvent copiii, sînt datorate cu totul altor cauze.

O astfel de interpretare este în mare măsură reală, pentru că de cele mai multe ori durerile de cap (cefalee) pe care le acuză copiii în cazul unor diverse stări de boală (infecții rinofaringiene, sinuzale, otice meningoencefalitice) sau în cadrul unei stări febrile din cauză neprecizată încă, sînt datorate acestora ; ele apar și dispar odată cu cauza care le-a produs. Există însă și crize de cefalee ce se manifestă în plină stare de sănătate a copilului și care cedează cu sau fără tratament, în cîteva zile, putînd reapare la intervale neregulate de timp. Vorbim, în acest din urmă caz, de migrena juvenilă sau de criza migrenoasă a copilului, afecțiune nu atît de rară pe cît se considera și care afectează în special copiii de vîrstă școlară.

Migrena sau hemicrania (denumită astfel deoarece durerea de cap se localizează, de regulă, la o jumătate a capului) constituie deci o boală atît a adultului cît și a copilului. Ea produce o suferință atroce bolnavului și implicit diminuarea pînă la anularea randamentului intelectual sau fizic al activității sale zilnice.

Boala este provocată de un spasm al vaselor din creier (de regulă numai de o singură parte), localizată de obicei frontal sau occipital (în regiunea cefei). Crizele de migrenă survin periodic și sînt precedate cu cîteva minute pînă la cîteva ore, de unele suferințe sau semne care prevestesc apariția crizei, cel mai adesea manifestate prin tulburări ale vederii, fotofobie (bolnavul nu poate privi spre o sursă luminoasă naturală sau artificială, deoarece îl deranjează), amețeli, ușoare dificultăți în vorbire, grețuri, senzație de vomă, somnolență ziua și insomnie noaptea.

La copil, spre deosebire de adult, nu este obligatoriu ca orice criză migrenoasă să fie precedată de alte semne clinice, pe care să le acuze bolnavul ; dar chiar și în astfel de cazuri, părinții sau alte persoane din anturajul unui astfel de copil, pot sesiza încă din acest stadiu iminența crizei majore de migrenă.

În comportamentul copiilor migrenoși, în perioada de precriză, apar unele modificări neuropsihice : unii prezintă o stare de bună dispoziție, de veselie și un neastîmpăr permanent, după care urmează o perioadă de deprimare nervoasă, spre deosebire de ceilalți, la care starea de proastă dispoziție, de deprimare nervoasă apare de la început și persistă o scurtă perioadă de timp și după dispariția crizei. Adesea, crizele de migrenă sînt precedate de apariția unor tulburări oculare caracteristice bolii și anume prezența de scotoame (bolnavul acuză în cîmpul său vizual unele „scînteieri" sub forma unor linii luminoase colorate, sau mai rar, ca o pată mare neagră în mijlocul cîmpului vizual).

După cîteva minute sau chiar ore de la instalarea suferințelor mai sus prezentate, își face apariția, în mod progresiv sau rareori brusc, durerea de cap (cefaleea), simptomul clinic major al migrenei. Senzația inițială de greutate sau de apăsare craniană superficială

...u profundă devine din ce în ce mai supărătoare, fiind puternică și insuportabilă în cîteva ore. Cînd bolnavul ...uză durerea maximă, el simte nevoia să întrerupă ...rice activitate psihică sau fizică și să se retragă într-o încăpere liniștită și întunecoasă, deoarece orice excitant acustic (zgomot, voce) sau optic (sursă de lumină) ...ccentuează durerea de cap, care fiind pulsatilă (bolnavul se plînge că îi „zvîcnesc tîmplele") este și mai greu de suportat.

Deși caracteristică crizei migrenoase, atît la adult ...l și la copil, este localizarea durerii la o jumătate a ...aniului (hemicrania) există însă bolnavi la care durerea se extinde în timpul crizei și la cealaltă jumătate a craniului, astfel încît copilul, nu mai poate preciza în care regiune craniană simte durerea maximă.

Cefaleea este accentuată de mișcările bruște ale ...orpului și mai ales ale ochilor, motiv pentru care bolnavul preferă să stea în permanență nemișcat și cu ochii închiși.

După o evoluție de cîteva ore (excepțional la copil ...hiar 1—2 zile) cefaleea începe să scadă în intensitate, persistînd însă senzația de jenă craniană timp de alte ...5 ore. Dacă copilul reușește să doarmă (somn natural sau provocat prin administrare de medicamente) ...trezirea din somn, de cele mai multe ori el poate ...onstata cu satisfacție dispariția durerii. Alteori, dispariția durerii de cap se poate constata după producerea ...e vărsături (spontane sau provocate de bolnav) ; de ...altfel, bolnavii cunosc acest lucru și într-o anumită ...ură a crizei își provoacă singuri vărsătura.

Alteori, migrena juvenilă se poate prezenta la o ...imptomatologie neurologică severă și complexă. La ...olnavii din această categorie cefaleea trece pe planul

secund, pe primul plan situîndu-se o stare confuzivă (totală dezorientare în timp și spațiu) cu tulburări de memorie, însoțită fie de o stare de letargie, fie din contră, de hiperactivitate.

Momentul apariției crizelor de migrenă la copii este situat, de regulă, în jurul vîrstei de 14—16 ani (deci în perioada pubertară) iar dispariția lor se produce, în majoritatea cazurilor, după vîrsta de 45 de ani, odată cu instalarea meno- sau andropauzei.

În alte cazuri, primele crize apar în jurul vîrstei de 5—6 ani și dispar la pubertate.

Există o serie de factori care precipită sau favorizează apariția crizelor migrenoase la copii, dintre care mai importanți sînt :

— starea de oboseală intelectuală (efort intelectual intens și prelungit, stare de tensiune, emotivitate) sau fizică (efort fizic susținut, menținerea corpului timp îndelungat în aceeași poziție) ;

— călătoriile prelungite, în special în vehicule închise (mașină, tren, avion) ;

— respirarea de către un nefumător a aerului dintr-o încăpere în care s-a fumat din abundență ;

— consumarea unor alimente cu efecte alergizante (heringi în saramură, brînzeturi fermentate și în unele cazuri chiar lapte, ouă, ceai, cafea, ciocolată, căpșuni, portocale, zmeură, ceapă, mazăre, grîu, porumb, ciuperci, nuci) sau ingestia unor medicamente ce conțin tiramină sau hormoni estrogeni. Scoaterea din alimentația bolnavului a alimentelor incriminate în declanșarea crizelor de migrenă, evită apariția acestora. La încercarea reintroducerii lor, crizele migrenoase reapar, fapt ce le confirmă rolul favorizant în apariția migrenei juvenile ;

— instalarea ciclului menstrual la tinerele fete ;

— modificările atmosferice diverse : vremea înnorată favorizează apariția crizelor ; de asemenea umiditatea crescută, temperaturi scăzute, expunerea prelungită la soare (insolația). Scăderea presiunii atmosferice ca o cauză favorizantă a crizelor este admisă de unii cercetători, dar contestată recent de alții, printr-un studiu pe un număr foarte mare de bolnavi ;

— existența unor tulburări patologice în antecedentele imediate : stări alergice (erupții urticariene, eczeme, rinite alergice) sau tulburări digestive (mai ales biliare sau hepatice).

Criza migrenoasă se datorează unor tulburări circulatorii cerebrale. Inițial, în faza apariției semnelor prevestitoare ale adevăratei crize migrenoase, se produce constricția vaselor sanguine și în special a arterelor, în anumite zone din creier, și prin aceasta se reduce cantitatea de sînge (și totodată de oxigen) care hrănește celulele nervoase. Oxigenarea defectuoasă a unor zone din creier duce, într-un stadiu mai avansat, la apariția unui efect invers, adică la dilatarea arterelor cerebrale, a cărei consecință imediată este apariția durerii violente, pulsațiile, pe care o resimte bolnavul.

În sfîrșit, după cîteva ore (uneori chiar zile), vasodilatația este înlocuită treptat cu un edem (o infiltrație lichidă a structurilor nervoase din creier) fază ce corespunde diminuării și în final dispariției durerii și totodată a crizei acute de migrenă.

În afara acestei ipoteze clasice a cauzei migrenei, recent s-a emis de către unii cercetători britanici, ipoteza după care consideră migrena ca o consecință a existenței unor anomalii ale trombocitelor, acele plachete sanguine cu rol primordial în coagularea sîngelui. După afirmațiile acestor cercetători, trombocitele indivizilor cu fond migrenos eliberează în circulație, în

exces, o substanță capabilă să adune în ciorchine trombocitele din vasele creierului, producînd blocarea (trombozarea) micilor vase cerebrale. În consecință, creierul suferă din lipsă de oxigen, iar prima manifestare clinică a acestei stări este apariția durerii de cap, la început lentă, apoi din ce în ce mai puternică, realizînd adevărata criză de migrenă. După această teorie migrena este deci o consecință directă a intensificării agregării trombocitelor în vasele creierului.

O observație foarte veche, datînd de secole, a atras atenția asupra caracterului familial al crizelor de migrenă. Cercetări recente, vin să confirme vechile observații pledînd în favoarea unei incidențe familiale crescute a migrenei, demonstrîndu-se în numeroase cazuri, că în familia bolnavului, una sau mai multe generații au prezentat numeroși indivizi cu crize migrenoase.

Există un factor ereditar sigur în migrenă, dar care nu întotdeauna este capabil să determine apariția bolii la descendenți ; este necesar să i se asocieze acestuia și unul sau mai mulți factori adiționali, favorizanți (pe care i-am enumerat în rîndurile de mai sus) pentru a declanșa la copil crizele de migrenă.

Tot o veche constatare ne atrage atenția că migrena afectează, indiferent de vîrstă, cu precădere sexul feminin ; se apreciază că una din patru femei prezintă în cursul vieții crize de migrenă, în timp ce la bărbați raportul este de 1 bolnav la 7 sănătoși.

Faptul că migrena apare în special la fete și femei, că este legată în general de apariția sau dereglarea ciclului menstrual și că dispare după instalarea menopauzei, pledează în favoarea unei relații strînse între activitatea hormonilor sexuali și crizele de migrenă.

La fel de veche este și constatarea că „o criză de migrenă apare repede și dispare foarte încet" ; numai un bolnav poate să-și dea seama de adevărul cuprins în această afirmație.

Tratamentul migrenei este variabil de la caz la caz și trebuie condus numai de medic ; automedicația pe care este tentat bolnavul să o încerce, nu este lipsită de riscuri, deoarece medicația antimigrenoasă include și unele medicamente cu efecte prompte, dar riscante, dacă nu se admnistrează în dozele optime calculate pentru fiecare caz în parte în funcție de unii parametrii : vîrstă, greutate corporală, sarcină, boli asociate etc.

Deoarece cel mai supărător simptom al bolii este cefaleea, ea stă la baza oricărei scheme terapeutice și se realizează prin administrare de medicamente analgetice („contra durerii").

Administrate precoce, la primele semne sau cît mai aproape de momentul apariției durerii de cap, ele pot duce la suprimarea suferinței cerebrale. Dintre medicamentele analgetice, cel mai frecvent recomandate în criza migrenoasă sînt : aspirina (acid aceilsalicilic), piramidonul (aminofenazona), fenacetica, algocalminul și paracetamolul, utilizate singure sau în asocieri (pentru creșterea efectului analgetic) cum este cazul antimigrinului (piramidon + luminal) sau al codaminului (piramidon + fenacetină + codeină + cofeină).

Pentru efectul favorabil asupra sistemului circulator al creierului, se utilizează în tratamentul migrenei și unii alcaloizi, obținuți din cornul de secară cornută, denumiți derivați de ergotamină. Din această familie de medicamente cel mai utilizat este Hyderginul (administrat pe cale orală sau injectabil) și ale cărui efecte încep să devină evidente după circa 15—30 de minute din momentul administrării. Rezultate mai bune se obțin atunci cînd derivații de ergotamină se asociază cu un extract medicinal din bobul de cafea, denumit

cafeină, preparatele astfel concepute și utilizate fiind cofedolul (ergotamină + cofeină) sau cofergotul (ginergen + cofeină).

Diazepamul se utilizează în criza de migrenă pentru efectul său bun în combaterea stării de anxietate și de hiperexcitabilitate, întîlnite la cei mai mulți bolnavi ; în plus, favorizînd somnul, poate contribui prin aceasta la suprimarea durerilor de cap, cel puțin pe perioada cît bolnavul doarme.

Tot pentru a favoriza somnul, atît de binefăcător pentru bolnavul aflat în criza migrenoasă, se utilizează, și fenobarbitalul (cunoscut mai ales sub denumirea de luminal) administrat fie oral, fie injectabil.

Deoarece printre substanțele răspunzătoare de apariția crizei migrenoase se situează la loc de frunte serotonina (un factor chimic din sînge care acționează asupra vaselor sanguine) s-au sintetizat o serie de medicamente capabile să combată efectul ei dăunător ; dintre acestea mai utilizate sînt Descrilul și Metilsorgidul.

De dată mai recentă, a intrat în terapeutica migrenei un nou medicament capabil să diminueze intensitatea accesclor migrenoase sau să rărească frecvența crizelor denumit propranolol (Inderal) și care se poate administra fie pe cale orală, fie injectabil. Riscul depășirii dozelor sau cel al apariției efectelor nedorite, chiar la doze optime, fac din acest foarte activ medicament, o armă cu două tăișuri, a cărei manevrabilitate trebuie să stea numai în mîna medicului.

De la o observație clinică recentă și anume, de la constatarea că bolnavilor care iau aspirină în mod sistematic pentru diferite afecțiuni vasculare (tromboză, infarct miocardic) sau reumatice (reumatism cronic, artroze) și care prezentau anterior și crize migrenoase (de multe ori rebele la alte tratamente) migrena a diminuat mult ca intensitate sau a dispărut pentru o

lungă perioadă de timp, s-a ajuns la concluzia că migrena poate fi rezolvată prin administrare îndelungată de aspirină ; în acest caz, aspirina ar dovedi acțiuni benefice nu numai ca analgetic (combate durerea) ci și ca tratament etiologic (combate cauza) prin împiedicarea hiperagregabilității trombocitelor.

La tratamentul medicamentos se va asocia și un tratament igieno-dietetic corespunzător, care va consta în repaus la pat într-o cameră liniștită, întunecoasă și o alimentație ușoară, lipsită de condimente și de alimentele pe care le-am enumerat în rîndurile de mai sus ca fiind incriminate în declanșarea crizelor migrenoase.

Copilul migrenos necesită o ambianță deosebită, atît în familie cît și în școală. El trebuie înconjurat și îngrijit cu căldură și înțelegere de cei apropiați lui ; trebuie înconjurat și ajutat să depășească cu bine fiecare criză de migrenă, psihoterapia jucînd un rol deosebit în tratamentul de fond al acestei boli. Numeroase cazuri de migrenă apar și dispar în perioada copilăriei ; celelalte pot apare la vîrste tinere și dispare după mulți ani de evoluție, determinînd cel puțin în perioada crizelor o invaliditate cu implicații neplăcute directe asupra bolnavului și indirecte asupra anturajului, a familiei sau a locului său de muncă (școală, atelier, birou etc.).

Cu toate măsurile terapeutice mai sus prezentate, trebuie să recunoaștem că a trata cu succes un bolnav cu crize de migrenă este o problemă de mare dificultate.

Cercetări medicale susținute, efectuate în diverse puncte de pe glob caută să elucideze cauzele și mecanismele intime de producere a crizelor migrenoase, cunoștințele actuale fiind incomplete sau în stadiu de ipoteze ; se întrevede însă posibilitatea găsirii unor mijloace terapeutice eficiente în tratamentul crizelor și a fondului migrenos, al multor copii și tineri.

SEMNIFICAȚIA DURERILOR ABDOMINALE

Copilul, încă de la vîrsta cea mai mică — aceea de sugar — poate prezenta dureri abdominale, pentru care familia sa îl prezintă medicului pediatru.

Durerile cu sediu abdominal pot fi de intensitate slabă sau atroce, continui sau intermitente, localizate într-o anumită zonă a abdomenului sau generalizate, constituind un motiv de suferință pentru copil și de mare îngrijorare pentru părinți sau pentru alte persoane din anturajul său.

Durerea abdominală este un simptom și o consecință a existenței unor dereglări la nivelul unor organe din interiorul abdomenului sau chiar de la mai mare distanță de acesta. Nu rareori durerile abdominale traduc existența unor tulburări nervoase sau psihice ale copilului, ca singură expresie clinică.

Vom încerca să prezentăm, în cele ce urmează, cele mai frecvente cauze ale durerilor abdominale la copil, de la naștere și pînă la vîrsta devenirii sale ca adult.

În primele luni de viață, unii copii prezintă dureri abdominale sub formă de colici (crampe abdominale) datorate adaptării uneori cu dificultate a digestiei lor la laptele matern, la trecerea de la laptele matern la altfel de lapte sau la alte alimente, prematur sau irațional introduse în alimentație sau supraalimentației. Ele se exprimă clinic prin agitație, țipăt sau prin frecatul picioruşelor și dispar odată cu corectarea alimentației, cu administrarea unor medicamente antispastice, dintre cele permise la această vîrstă sau după aplicarea unor comprese calde pe abdomen.

În această perioadă de viață, ca de altfel și mai tîrziu, durerile abdominale violente, instalate brusc, cu tablou clinic dramatic, însoțite de vărsături, de refuzul alimentației, de agitație și de febră, sînt apanajul unor stări patologice chirurgicale severe, de la invaginație intestinală, apendicită acută, hernie stranguată și pînă la peritonită, afecțiuni ce impun nu numai consult medical ci și intervenție chirurgicală de urgență.

La copiii de vîrstă preșcolară și la cei din primii ani de școală, o cauză reală, deși nu chiar atît de frecventă pe cît se presupune, o reprezintă variatele parazitoze intestinale, boli produse de diverși paraziți (giardia, oxiurii, ascarizii) pătrunși în organism odată cu alimentele, datorită în special nerespectării normelor de igienă individuală, cum ar fi consumarea fructelor și legumelor nespălate sau necurățate, nespălarea mîinilor înainte de mese, precum și după folosirea toaletei.

Durerile, în majoritatea cazurilor, sînt localizate în jurul ombilicului și au caracter de crampe abdominale (colici periombilicale); ele nu sînt legate de calitatea alimentației și apar de cele mai multe ori după masă sau seara la culcare.

Dintre paraziții intestinali, cel care dă mai frecvent dureri abdominale este giardia, urmat de ascarizi, oxiuri și tricocefali. Diagnosticul de certitudine al parazitozelor intestinale nu-l dă decît laboratorul, prin identificarea în examenul materiilor fecale a ouălor sau a paraziților adulți.

Durerile abdominale cronice, mai puțin violente, deci suportabile, pot traduce existența unor boli ale aparatului digestiv, precum apendicite, ulcerul gastric sau duodenal, malformații intenstinale sau ale căilor biliare și uneori, chiar existența unor tumori maligne sau benigne ale organelor abdominale.

Dintre acestea, se impune ca frecvență, apendicita cronică. Apare de regulă la copilul trecut de 2 ani și are o simptomatologie oarecum caracteristică. Durerile abdominale sînt spontane, de intensitate redusă și de durată variabilă. Apar fie după un efort fie după masă și sînt localizate mai ales la rădăcina membrului inferior drept, iradiind uneori chiar de-a lungul acestuia.

Odată cu durerile sau chiar între crizele dureroase abdominale, copiii acuză lipsa poftei de mîncare, grețuri, vărsături, limbă încărcată, constipație, și balonări abdominale. Tratamentul acestei forme de apendicită nu este întotdeauna sau din primul moment chirurgical. Trebuie avut numai în vedere că la copii o apendicită cronică se poate oricînd acutiza, iar neglijarea sau amînarea tratamentului chirurgical în acest caz poate duce la peritonită apendiculară, afecțiune deosebit de severă și cu consecințe de multe ori nefaste pentru bolnav.

Din ce în ce mai frecvent începe să se întîlnească ulcerul gastric sau duodenal și la copii și în special la cei de vîrstă școlară ; particularitatea acestor ulcere este reprezentată de evoluția lor „mută" (fără dureri abdominale importante, manifestîndu-se mai mult ca o senzație de jenă abdominală), deseori fiind descoperite la examenele radiologice gastrointestinale făcute pentru cu totul alte cauze sau în momentul apariției unor complicații (hemoragii digestive, perforație gastrică).

La copii mai mult decît la adult, durerile abdominale pot fi cauzate de ulcerul diverticului Meckel (o malformație a peretelui intestinal care determină apariția unui fel de „buzunăraș" al duodenului) sau de existența megadolicocolonului, anomalie a intestinului gros, caracterizată prin mărimea anormală a acestuia, atît în lungime cît și în grosime.

Precizarea cauzei durerilor abdominale nu este întotdeauna ușoară, necesitînd intervenția competentă a

medicului și cooperarea copilului, precum și un număr apreciabil de investigații radiologice și de laborator clinic. Rezolvarea chirurgicală a multor din aceste cazuri este singura soluție ideală și nu trebuie să fie obstrucționată de familia bolnavului, astăzi cînd posibilitățile de anestezie și tehnicile chirurgicale sînt atît de perfecționate.

Unele boli ale apratului urinar stau adesea la baza durerilor abdominale pe care le acuză copiii. Dintre acestea în primul rînd se situează infecțiile urinare atît de frecvent întîlnite la orice vîrstă ; urmează calculoza renală, rară, dar posibilă și la copii, precum și unele tumori renale sau ale căilor urinare. Examene de laborator ale urinii bolnavilor, precum și explorările radiologice renale, sînt în măsură să precizeze și să localizeze strict segmentul aparatului urogenital bolnav.

Aerogastria (cantitate mare de aer în stomac) și aerocolita (balonare abdomnală) constituie uneori cauza durerilor abdominale, în special la unii copii nevropați, care nu mestecă suficient alimentele și înghit prea repede ; din aceste motive ei prezintă uneori vărsături, dificultate în respirație (mai ales la efort) și palpitații. Corectarea acestor tulburări se face prin reglarea alimentației, învățarea copilului să mănînce lent și să mestece bine alimentele.

Durerile abdominale pot apare la copil și în boala denumită spasmofilie, caracterizată prin tulburarea raportului normal dintre fosforul și calciul organismului. În acest cadru, durerile abdominale sînt fie continui, fie în accese, difuze sau rareori localizate în jurul ombilicului, cu numeroase crize zilnice sau din contra, rare, în ritm de una — două crize pe săptămînă.

Ele nu sînt influențate de mese și nici de medicația sedativă spasmolitică, ci de administrarea vitaminei D, în asociere cu săruri de calciu.

În cele mai multe cazuri, durerile abdominale apar la copiii la care aparatul digestiv nu prezintă leziuni organice, ci numai tulburări funcționale, din cauză psihică, și traduc existența unui fond neuropsihic foarte labil.

Ceea ce caracterizează astfel de suferințe la copii, sînt :

— apariția, de obicei bruscă, a durerilor abdominale, în plină sănătate, în repaus sau în timpul jocului, acasă sau mai frecvent la școală ;

— reapariția lor la intervale neregulate de timp și nelegate de existența unor factori declanșatori (în cele mai multe cazuri) ;

— localizarea în special în jurul ombilicului, al etajului superior al abdomenului sau în așa-zisul „punct apendicular" ;

— în afara durerii abdominale, copilul prezintă paloare, transpirații reci, tendință de leșin, senzație de vomă și vărsături.

De regulă, în astfel de cazuri, durerile abdominale sînt însoțite de unele tulburări neuropsihice, cum ar fi : apetit capricios, tulburări de comportament (copiii fiind ori irascibili, ori din contra, timizi și retrași), avînd adesea și un somn foarte agitat ; ei au dificultăți de adaptare în colectivitate, deși nivelul lor de dezvoltare intelectuală este normal. La mulți copii durerile abdominale sînt legate de „stres-ul școlar" pe care îl suportă cu dificultate, observîndu-se dispariția lor în perioada vacanțelor și reapariția la reluarea școlii.

Istoricul unor astfel de cazuri relevă fie existența unui climat familial neadecvat creșterii copilului (cu stări de tensiune între părinți, familii dezorganizate sau părinți alcoolici), fie dorința părinților de a impune copiilor realizarea unor performanțe înalte care depășesc capacitățile psiho-intelectuale.

Depistarea și tratarea suferințelor abdominale în tfel de cazuri, ridică probleme de cooperare strînsă tărîm medical și psihosocial, în care medicul pediatru, milia și cadrele didactice din școală, constituie cele rei verigi indisolubil legate și fără de care nici o măsură terapeutică nu va fi eficientă.

Tratamentul unor astfel de stări este complex, gama procedeelor terapeutice la îndemînă fiind foarte largă i variată. Astfel, se poate încerca aplicarea de comprese calde, umede sau uscate (încălzite cu fierul de călcat) aplicate pe abdomen, administrare de medicamente antispastice (papaverină, lizadon, scobutil) sedative nervoase (luminal, diazepam), regim dietetic corespunzător. Nu în ultimul rînd, trebuie recurs și la psihoterapie, constînd în lămurirea copilului asupra caracterului trecător al suferințelor sale și asupra lipsei de gravitate a acestora. Dacă este cazul se vor corecta deficiențele educative și de mediu familial.

Rezultă din cele de mai sus că la copil, durerea cu ediu abdominal nu este nicidecum o problemă simplă. ea trebuie privită cu toată seriozitatea de către părinți, indiferent dacă este vorba de o cauză de ordin psihic u organic și se impune consultarea medicului pediatru pentru stabilirea tratamentului de urmat, în vederea redării stării de sănătate micilor pacienți.

HEPATITA VIRALĂ ACUTĂ ȘI PREVENIREA EI PRIN VACCINARE ANTIHEPATITĂ

Hepatita virală acută (H.V.A.) — denumită pînă de curînd hepatită epidemică — este una dintre bolile

infecțioase specifice omului, determinată de pătrunderea și înmulțirea în ficat a unor virusuri. Se vorbea pînă nu de mult de două tipuri de virusuri (A și B) dar de dată mai recentă se vorbește și de al treilea tip, denumit convențional „non-A non-B", toate trei tipurile fiind răspunzătoare, dar în măsură inegală, de apariția bolii ; virusurile pătrund în organism fie pe cale digestivă, odată cu apa și alimentele (virusul de tip A) fie extradigestivă (virusul de tip B și cel de tip „non-A non-B") odată cu sîngele transfuzat sau cu injectarea unor medicamente.

Corect spus, numai forma virală de hepatită cu virus A este sinonimă cu hepatita epidemică, în timp ce hepatita cu celelalte două tipuri de virusuri, denumită „hepatita serică", „de inoculare", „de seringă" sau „posttransfuzională", are în denumirea sa, precizarea căii exacte de pătrundere a virusului în organism.

Hepatita virală este una din cele mai severe boli infecto-contagioase ale copilăriei, deși nici adulții nu sînt ocoliți de ea. Prin consecințele imediate și tardive pe care boala le imprimă stării sănătății organismului, determină reducerea importantă a capacității sale de muncă.

Boala apare sporadic sau epidemic. Este răspîndită pe tot globul și are un potențial de contaminare crescut, reprezentînd după gripă și rujeolă (pojar) cea mai răspîndită boală infecțioasă din lume. În țara noastră H.V.A. înregistrează un număr crescut de cazuri, mai ales în rîndurile tineretului școlar.

Deși cazuri de hepatită virală acută apar în orice anotimp, există totuși o creștere a numărului de îmbolnăviri, în special pentru hepatita de tip A, în sezoanele de toamnă și iarnă și de reducere moderată, vara și primăvara. În perioadele epidemice, hepatita virală

nu dispare, semnalîndu-se din cînd în cînd noi cazuri de îmbolnăvire ; aceasta presupune existența unui rezervor de virusuri, de la care prin contact direct sau indirect se produc noi îmbolnăviri. Rezervorul de virusuri îl constituie omul, în următoarele ipostaze :

— omul bolnav, cu hepatită virală evidentă, însoțită de icter ;

— omul bolnav cu boala aparentă dar fără icter (icterul fiind numai unul din semnele de manifestare clinică a H.V.A.) ;

— omul bolnav, cu simptome șterse de boală, sau cu boală inaparentă ;

— omul aparent sănătos, dar purtător de virus, care duce o viață aparent normală și care transmite cu multă ușurință virusul persoanelor din anturajul său. Se apreciază că între 5 și 15% din foștii bolnavi, rămîn purtători de virus o lungă perioadă de timp. Este cazul să mai amintim aici, că formele fără icter (deci fără colorarea galbenă a tegumentelor și mucoaselor) formează 10—20% din totalul cazurilor de hepatită, iar la copii, procentul crește pînă la 50%. În toate cazurile, materialul infectant este reprezentat pentru hepatita de tip A, de materiile fecale, de urină și de sînge, iar pentru celelalte două tipuri de boală, numai de sînge. Reținem deci că, pentru hepatita epidemică de tip A, cea mai frecventă cale de transmitere este cea digestivă, în care mîna murdară, este principalul vinovat. Hepatita virală acută este deci o boală a neglijenței crase, a nerespectării condițiilor minime de igienă individuală, fiind considerată „boala mîinilor murdare". Mai rar, boala se poate transmite prin apă, în așa-numitele epidemii hidrice, sau prin unele alimente infectate (laptele și derivatele sale). Riscul transmiterii prin sînge sau urină este mai redus pentru marea masă a populației adulte sau infantile, constituind apanajul personalului medico-

sanitar, care prin natura muncii sale, vine în contact nemijlocit cu aceste produse patologice, recoltate de la bolnavi. Virusul A se află în sînge, în materiile fecale şi în urina bolnavului, în faza acută a bolii sale. Din organism se elimină prin scaun cu 2—3 săptămîni înainte de apariţia icterului şi continuă în primele 8—21 de zile (la unii bolnavi chiar luni de zile) după aceasta. Deci, durata pericadei de contagiune, în cele mai multe cazuri, variază între 20—30 de zile şi începe cu 2—3 săptămîni înainte de apariţia icterului, continuînd încă 2—3 săptămîni după aceea.

Hepatita de tip B ca şi cea de tip „non-A non-B", au o contagiozitate mult mai redusă, atunci cînd transmiterea virsului se face odată cu alimentele. Pătrunderea virusurilor în organism pe alte căi (prin injecţii, prin transfuzii de sînge sau de plasmă), este accidentală. Timpul scurs de la pătrunderea virsului pe această cale în organism şi apariţia bolii, este mare, variind între 60—180 de zile, suficient ca bolnavul să nu-şi mai amintească în ce împrejurări şi cînd ar fi putut contracta boala. Odată pătrunse în organism, aceste virusuri persistă luni şi chiar ani de zile, motiv pentru care aceşti bolnavi sînt excluşi definitiv din rîndul donatorilor de sînge.

Hepatita cu virsu B reprezintă forma cea mai severă a H.V.A., constituind o importantă problemă de sănătate publică, deoarece :

— este răspîndită în întreaga lume ;

— numeroase cazuri evoluează grav, în ciuda supravegherii medicale atente a bolnavilor în spitale de specialitate ;

— prezintă riscul de cronicizare în 5—15% din totalul de cazuri ;

— după vindecare clinică, între 5 şi 10% din foştii bolnavi rămîn purtători de virus B, prezentînd un

periculos potenţial de răspîndire a bolii printre copiii sănătoşi (în special în colectivităţi) ;

— nu are un tratament specific, virusul B (ca de altfel şi celelalte tipuri) nefiind sensibil nici la substanţele chimioterapice, nici la antibioticele cunoscute şi utilizate pînă în prezent ;

— ultima, şi poate cea mai severă trăsătură a acestui tip de hepatită virală, rezultă din analiza unor statistici medicale din cîteva centre de cercetare de pe glob, care evidenţiază faptul că 50% din bolnavi — copii şi adulţi — cu cancer hepatic au fost bolnavi de hepatită cu virus B. De aici şi ideea că virusul B ar avea rol oncogen (în generarea cancerului hepatic), favorizînd grefarea cancerului pe un ficat deja bolnav prin/sau posthepatită virală acută.

Cercetări recente au stabilit că transmiterea acestui tip de boală nu se face exclusiv prin injecţii sau prin transfuzii de sînge, ci şi prin administrare de derivaţi de sînge (plasmă simplă, plasmă antihemolifică), prin contact direct şi intim în familie, prin utilizarea în comun a periuţei de dinţi, a aparatului de ras şi, în sfîrşit, de la mamă la copil, în perioada în care, în timpul sarcinii, sîngele matern este amestecat cu cel fetal.

Odată pătrunse în organism oricare din cele trei tipuri de virusuri ajung în sînge şi de aici în ficat, unde se înmulţesc rapid şi produc degradarea celulelor hepatice, împiedicîndu-le astfel să-şi desfăşoare activitatea lor complexă (metabolică, antitoxică, imunologică). Alterarea metabolismului pigmenţilor biliari (sintetizaţi în ficat) duce la creşterea lor considerabilă în sînge, determinînd apariţia icterului (coloraţia galben-verzuie a tegumentelor şi mucoaselor oculare şi sublinguală), precum şi modificarea coloraţiei urinii, care devine de nuanţă brună, asemănătoare berei.

Primele semne ale bolii sînt nespecifice, fiind comune multor boli infecțioase sau neinfecțioase, și anume : dispariția poftei de mîncare, stare de oboseală, febră, dureri de cap, irascibilitate, grețuri, vărsături, dureri abdominale și constipație. Totodată, apare și o stare febrilă (cu temperatură moderat crescută, în jurul valorii de 37,5°—38°) care durează cîteva zile. Concomitent, bolnavul prezintă o stare de astenie și de oboseală. Altcori, bolnavii se plîng de dureri de cap, de dureri musculare sau articulare (generalizate sau localizate numai la unele articulații), de amețeli, insomnii, irascibilitate.

Toată această perioadă nespecifică, de debut, a hepatitei virale acute se numește „perioada preicterică", deoarece icterul nu apare încă în această fază a bolii ; ea durează între 5 și 7 zile și constituie cea mai importantă etapă evolutivă a bolii, deoarece acum, mai mult ca oricînd, boala nefiind încă diagnosticată, iar bolnavii aflîndu-se în perioada de maximă contagiozitate, există riscul contaminării celor din jur și cu deosebire a copiilor din colectivități (grădinițe, școli) sau chiar a adulților (în special tinerii din facultăți sau din armată).

În această fază boala seamănă cu o gastroduodenită, cu o gripă sau chiar cu un reumatism, motiv pentru care diagnosticul corect de hepatită virală acută se pune de multe ori cu întîrziere.

După 5—7 zile de evoluție atît de necaracteristică, apare și semnul clinic major — icterul — perioada aceasta denumindu-se „perioada icterică" sau „perioada de stare". Icterul apare lent și progresiv, în mod surprinzător, tocmai în perioada în care bolnavul avea impresia că se simte mai bine decît înainte, crezînd chiar că boala ușoară și banală pe care a prezentat-o mergea spre vindecare.

După ce apare, icterul rămîne discret în cele mai multe cazuri. Rareori devine intens și prelungit, culoarea bolnavului avînd nuanța galben-verzuie, net evidentă la globii oculari, sublingual și în palme, după care, la scurt timp se constată că toată pielea devine galbuie. Acum scaunele bolnavului se decolorează, în timp ce urina se închide mult la culoare, devenind portocaliu închis.

Odată cu apariția icterului bolnavul acuză și dureri hepatice, iar palparea ficatului îl arată mărit de volum și foarte dureros la cea mai ușoară atingere. Icterul durează în medie 4 săptămîni, după care dispare complet.

Urmează perioada de declin a bolii și apoi convalescența, stadiul în care dispar majoritatea semnelor bolii. Vindecarea leziunilor din ficat, nu se produce înainte de 4—6 luni de la debutul bolii, și aceasta numai în circa 95% din cazuri, iar în restul de 5%, evoluția este nefavorabilă, mergînd către faza cronică a bolii, hepatita cronică sau în cazuri cu evoluție și mai severă, la ciroza ficatului.

Reîmbolnăvirile de hepatită virală sînt posibile la copil, dar nu tot cu același tip de virus, așa încît pentru tipul de virus care a produs o dată boala, imunitatea este definitivă.

După stabilirea diagnosticului, internarea și tratamentul bolnavului într-o secție de boli infecțioase este obligatorie, aceasta fiind atît în interesul lui, cît și al societății, pentru a se preîntîmpina contagiunea celor din jur. Internarea copilului bolnav permite supravegherea continuă a evoluției bolii sale și îl deprinde cu disciplina regimului său igienic și dietetic.

În spital medicul va prescrie bolnavului regim igieno-dietetic și medicamentos nespecific, neexistînd

pînă în prezent tratament specific în hepatita virală. Cele mai multe cazuri de H.V.A. se vindecă în mod natural, fără medicaţie sau numai prin administrare de vitamine, dar cu respectarea strictă a repausului şi a regimului alimentar prescris.

Repausul la pat în primele 2—3 săptămîni de boală este prima şi poate cea mai importantă măsură terapeutică ; va fi continuat — este adevărat cu mai puţină severitate şi după aceea — în următoarele săptămîni sau chiar luni de zile, dar sub forma unui repaus relativ. Regimul alimentar constituie o a doua măsură terapeutică utilă şi constă în administrare de alimente lichide (ceai, lapte, sucuri de fructe, supe), trecîndu-se progresiv la un regim din care să nu lipsească dulciurile, proteinele, iar dintre grăsimi untdelemnul, untul şi margarina. Sarea în alimentaţia bolnavului de hepatită epidemică este permisă în formele obişnuite ale hepatitei virale acute, dar în cantităţi moderate.

Un tratament medicamentos susţinut (cortizon, perfuzii de săruri şi de glucoză) este necesar numai în formele grave de boală. În formele obişnuite se recomandă doar administrarea de vitamina B şi C, de calmante gastrice şi aplicarea compreselor calde pe ficatul dureros.

Medicina actuală nedispunînd de medicamente cu acţiune specifică îndreptată împotriva virusului hepatitei virale acute, se orientează din ce în ce mai mult spre întărirea măsurilor de prevenire a bolii. Măsurile igienice în prevenirea hepatitei epidemice produsă de virusul A constau în : respectarea alimentaţiei raţionale ; eliminarea posibilităţilor transmiterii virusurilor prin alimente ; protecţia surselor de apă contra infectării lor ; respectarea măsurilor de igienă individuală şi colectivă (în special spălarea corectă şi frecventă a mîinilor, curăţenia, evitarea contactului copiilor sănătoşi

cu bolnavi de hepatită virală etc.). În prevenirea acestui tip de hepatită virală se foloseşte cu succes, mai ales la copii, administrarea de gamaglobuline, cu condiţia ca aceasta să se facă, pe cît posibil, mai aproape de contactul infectant cu un bolnav. Imunitatea conferită prin gamaglobuline se obţine în peste 80% din cazuri şi durează de la 2 la 6 luni.

Hepatita serică produsă de virusul B şi „non-A non-B" poate fi prevenită prin măsuri de ordin mai ales medical : sterilizarea corectă a materialelor medico-chirurgicale şi diminuarea pe cît posibil a numărului de transfuzii de sînge sau de plasmă.

O altă măsură profilactică eficientă este eliminarea foştilor bolnavi de H.V.A. din rîndul donatorilor de sînge, deoarece este bine ştiut că sîngele acestora poate aduce primitorului transfuziei nu numai avantaje ci şi o boală atît de severă, cum este hepatita virală.

Statistici recente arată că, în prezent, 10—20% din hepatitele posttransfuzionale sînt determinate de virusul B, iar restul de 80—90% de virusul „non-A non-B". Din numărul total de bolnavi transfuzaţi pentru diverse afecţiuni severe (în special în boli neoplazice, leucemii sau accidente hemoragice mari), 3 pînă la 10% dintre ei fac boala. Din aceste considerente de ordin statistic, care de fapt au în spatele lor un număr impresionant de vieţi omeneşti, reiese marea răspundere medicală în recomandarea efectuării transfuziei de sînge unui bolnav, la un moment dat al evoluţiei bolii sale.

Dar, în ciuda tuturor măsurilor de prevenire a hepatitei virale, această severă boală infecto-contagioasă devine din ce în ce mai frecventă, în special la copii, iar aria sa geografică de răspîndire, tinde să cuprindă aproape întregul glob pămîntesc.

În faţa acestei situaţii cercetătorii din diverse şcoli medicale din lume îşi strîng rîndurile în ofensiva pe

care o duc în cercetarea minuțioasă a tuturor problemelor ridicate de existența acestei boli.

Există îndreptățite speranțe pentru soluționarea și rezolvarea, în viitorul apropiat, a tuturor necunoscutelor oferite astăzi de hepatita virală acută. Faptul că, de dată nu prea îndepărtată, s-a descoperit o cale de identificare a purtătorilor de virus la persoane fără semne de boală (este vorba de descoperirea de către un laureat al premiului Nobel, cercetătorul Blumberg a „Antigenului Australia") și că în prezent se fac încercări — cu sorți de reușită — de identificare și izolare a virusurilor hepatitei acute, ne fac să credem că se va descoperi curînd și arma de atac eficientă împotriva acestor virusuri.

În rîndurile ce urmează ne vom ocupa de o realizare remarcabilă din domeniul profilaxiei acestei boli, considerată pe bună dreptate una din cele mai severe și răspîndite boli infecto-contagioase din lume și anume, de realizarea vaccinului antihepatită B, precum și de rezultatele încercărilor de vaccinare a unor grupuri de indivizi (adulți și copii) și a perspectivelor generalizării vaccinării în rîndul populației infantile și a unor categorii de adulți mai expuși la îmbolnăvire.

Vaccinul antihepatită B (V.A.H.B.) i-a preocupat în mare măsură pe cercetători, încă din deceniul al șaselea al secolului nostru, alertați de evoluția epidemiologică îngrijorătoare a hepatitei virale acute de tip B.

Punctul de plecare în această lungă și grea tentativă l-a constituit descoperirea lui Blumberg din anul 1976, care descrie existența unei fracțiuni particulare pe membrana care înconjoară virusul hepatitei B, denumită de atunci — Antigen Australia (în prescurtare curentă Atg HBs) și care poate suferi modificări în funcție de evoluția bolii. Astfel, în cazul evoluției către vindecare a hepatitei virale B, în 6—8 săptămîni de la

momentul declanșării bolii, Atg HBs dispare din sîngele bolnavului ; persistența sa după 8—10 săptămîni traduce o evoluție nefavorabilă, către cronicizarea bolii și trecerii ei în stadiul de hepatită cronică.

Din Atg HBs s-a obținut prin laborioase procese biochimice o fracțiune capabilă să declanșeze în organismul uman producția unor factori biologici de apărare împotriva hepatitei de tip B, denumiți anticorpi antihepatită B ; s-a realizat astfel multașteptatul vaccin antihepatită B, care nu conține virus, așa încît nu există pericolul ca administrarea lui să declanșeze apariția bolii.

Prima încercare reușită de sinteză a acestui vaccin s-a datorat lui Krugman și Baruch Blumberg în anul 1971, în S.U.A., din serul bolnavilor sau foștilor bolnavi de hepatită virală B, dar cu Atg HBs prezent. Vaccinul s-a experimentat în S.U.A. sub denumirea comercială de Hepatovak B, iar ulterior s-a produs și experimentat și în Franța, sub denumirea de Hevac B.

La copii, vaccinul se administrează prin trei injecții subcutane, a 0,5 ml, la intervale de 1 sau 2 luni, după care se efectuează un rapel după 1 an și jumătate de la prima vaccinare. La adulți, ritmul și calea de administrare sînt aceleași, iar dozele sînt mai mari, de cîte 1 ml ; la 18 luni se efectuează rapelul.

Rezultatele voccinării sînt remarcabile și au fost obținute în special în colectivități de copii preșcolari, școlari și la militari. Din vaccinați 80% dezvoltă anticorpi suficienți pentru a asigura protecția organismului la îmbolnăvire, imunitatea instalată durînd în medie 5 ani.

Vaccinarea este practic lipsită de riscuri majore, iar cele minore (durere sau roșeață la locul de admi-

nistrare, prurit local, febră) nu obligă la întreruperea tratamentului.

Deşi rezultatele de pînă acum sînt foarte bune, generalizarea vaccinării antihepatită B întîrzie, din cauza dificultăţii laboratoarelor specializate în a furniza cantităţile — din ce în ce mai mari — impuse de necesităţile profilaxiei bolii în întreaga lume.

Cantitatea de vaccin produs este redusă, deoarece :

— pentru sinteza lui sînt necesare cantităţi mari de sînge, obţinute numai de la purtători sănătoşi de Atg HBs ;

— tehnologia producerii vaccinului este foarte complicată, în lume fiind doar cîteva ţări care-l produc ;

— durata producerii unei şarje de vaccin este foarte mare, variind între 65 şi 68 de săptămîni ;

— sub aspect economic, sinteza vaccinului este deosebit de costisitoare (spre exemplificare, precizăm că la nivelul preţurilor anului 1982 costul unei doze de vaccin se ridică la 100 dolari S.U.A.).

Pentru depăşirea acestor inconveniente se preconizează utilizarea vaccinării numai la copiii din colectivităţi preşcolare şi şcolare, iar dintre adulţi la militari şi la personalul medico-sanitar, la care riscul de îmbolnăvire este incomparabil mai ridicat decît al celor din alte domenii ale vieţii sociale.

Cînd se va găsi o altă sursă mai facilă de obţinere a Atg HBs, ca materie primă în obţinerea vaccinului, se vor putea produce cantităţi nelimitate de vaccin şi se va putea trece la vaccinarea în masă, în întreaga lume. Se aşteaptă ca atunci să se obţină nu numai eradicarea hepatitei virale de tip B, dar şi reducerea considerabilă a numărului de cancere hepatice.

De aceea se poate considera că V.A.H.B. previne pe de o parte o boală infecto-contagioasă severă şi foarte răspîndită în lume, pe de alta, o boală malignă — cancerul hepatic — rezultat în urma cronicizării hepatitei virale.

Dar, chiar realizarea vaccinării în masă — care se întrevede în viitorul nu prea îndepărtat — nu scuteşte populaţia de luarea tuturor măsurilor profilactice privind transmiterea hepatitei virale acute de tip B prin injecţii, transfuzii, instrumente chirurgicale, obiecte de toaletă şi de igienă intimă, fără de care orice încercări de eradicare sau măcar de diminuare considerabilă a frecvenţei acestei atît de severe boli, în special în rîndul copiilor şi tinerilor, nu este posibilă.

SEMNIFICAŢIA FEBREI LA COPIL

De foarte mult timp medicina a fost preocupată, printre altele şi de problema rezolvării unei dileme, şi anume, dacă febra constituie unul din numeroasele mijloace de apărare antiinfecţioasă a organismului uman, sau dacă este, dimpotrivă, o reacţie nocivă, un răspuns negativ al organismului la o agresiune infecţioasă şi atunci trebuie combătută prin toate mijloacele.

În mod curent, febra apare ca un răspuns la o stare de boală provocată de germeni infecţioşi, fie ei microbieni, fie virotici. Este bine cunoscut faptul că febra — denumită în termeni medicali hipertermie — constituie unul din simptomele cel mai frecvent întîlnite în patologia umană şi în special la vîrsta copilăriei.

Controlul temperaturii la copii constituie o problemă nu atît de uşoară pe cît se pare la „prima vedere", deoarece spre deosebire de adult, copiii se sperie de orice manevră medicală şi în plus, nu au răbdarea de a sta liniştiţi atît cît este necesar pentru o

corectă înregistrare a temperaturii. Este recomandabil, la copiii sub 7 ani, ca ea să se controleze în rect și nu imediat după masă, după un efort fizic sau o stare de agitație prelungită, deoarece în aceste situații, cu siguranță valorile termice vor fi semnificativ crescute.

Există cazuri de copii la care temperatura corpului este mult crescută (38°—38,5°) timp de luni sau chiar ani de zile în ciuda unor tratamente antitermice încercate ; vorbim în astfel de cazuri de hipertermia constituțională, caracteristică pentru copiii nevropați.

Starea febrilă este un semn de boală care poate apare în momente diferite de evoluție a unor boli.

Apare precoce, ca prim semn de boală, cu cîteva zile înaintea altor manifestări clinice care pot să orienteze diagnosticul către un aparat sau un organ al omului. Așa este cazul în faringo-bronșită și în pneumonie, cînd stării febrile îi urmează semnele caracteristice bolilor respective, cum ar fi guturaiul, strănutul, tusea și în final dificultatea în respirație denumită dispnee.

Febra poate apare concomitent cu alte semne de boală. Așa este cazul în gripă, în care febra foarte ridicată, oscilînd între 38° și 40°, apare odată cu strănutul, tusea uscată, durerile de cap, musculare sau articulare, dureri ce determină starea cunoscută sub denumirea de „curbatură", caracteristică acestei atît de răspîndite boli.

În sfîrșit, sînt cazuri în care febra se instalează în urma altor semne de boală. Așa se petrec lucrurile în septicemii sau în infecții supurate ale tegumentelor și ale țesutului gras — abcese sau flegmoane — în care apar inițial semnele locale, constînd în inflamarea și apoi în indurarea regiunii afectate de procesul infecțios, însoțite de durere locală, și abia după aceea, la interval de 1 pînă la 3 zile, apare și reacția febrilă.

Ceea ce denumim în mod curent stare febrilă, este o reacție generală a organismului ; temperatura corpului, în oricare din regiunile sale ar fi cercetată ar fi găsită ridicată, variațiile de la o regiune la alta fiind minore, de ordinul zecimilor de grad.

La copilul mic (de la 0 la 3 ani) intensitatea febrei nu reflectă fidel gravitatea bolii în cadrul căreia apare ; procese infecțioase minore evoluează cu febră mare în timp ce în stări infecțioase deosebit de severe, febra se menține la valori reduse, și uneori chiar sub limitele normale (sub 37°).

La copilul mare, de regulă, există un paralelism între nivelul febrei și gravitatea bolii pe care o prezintă ; prăbușirea bruscă a febrei la un copil cu o stare deosebit de gravă poate constitui expresia epuizării unor mijloace de apărare a organismului.

Este interesant de consemnat faptul că, unele medicamente (în special penicilina), după o folosire îndelungată, pot determina apariția unei stări subfebrile sau chiar a febrei mari (38°—39°) și care dispare odată cu întreruperea administrării acestora.

Viermii intestinali (ascarizii, oxiurii) pot produce la copil stări febrile, care dispar odată cu eliminarea lor din organism, prin tratament specific antiparazitar.

Bolile neoplazice (cancerele) evoluează de regulă la copii cu stare febrilă prelungită, inexplicabilă la început ; cauza acestei stări febrile este depistată abia în stadiul în care tumoarea devine evidentă și accesibilă la examenul clinic și radiologic.

Spre deosebire de reacția febrilă generală, există și o reacție febrilă locală, fără afectarea temperaturii

generale a organismului, cum este cazul în inflamațiile articulațiilor — așa-numite artrite infecțioase — localizate la coate, genunchi sau glezne, în care la simpla palpare a regiunii afectate se constată temperatura locală crescută față de restul tegumentelor sau față de articulația simetrică, sănătoasă.

În privința atitudinii față de febră, o serie de argumente pledează în favoarea efectului pozitiv al febrei, ca mijloc de apărare, cel puțin în unele stări de boală, și anume :

— în puseul febril scade rezistența unor microbi și virusuri la mijloacele de apărare antiinfecțioasă de care dispune organismul uman ;

— febra favorizează o mai bună circulație a sîngelui și ameliorează metabolismul general, cu consecințe directe în ridicarea stării de apărare a organismului ;

— sub influența febrei, crește numărul de globule albe din sînge ; ele devin mai active în lupta lor directă cu microbii ;

— febra stimulează sinteza de interferon, substanță deosebit de activă împotriva multor virusuri.

Din contra, alte observații pledează pentru efectele nefavorabile determinate de starea febrilă asupra coagulării sîngelui, a aparatului cardiovascular, a sistemului nervos central și chiar asupra mecanismelor ce conferă omului rezistența specifică antiinfecțioasă.

Astfel, s-a demonstrat că hipertermia crește sensibilitatea organismului la acțiunea toxinelor unor microbi, iar asupra sistemului nervos central exercită o acțiune convulsivantă. Este de mult cunoscut efectul nefavorabil al febrei la copilul sub 2 ani și în special la sugar, starea febrilă declanșînd de multe ori convulsii, manifestări clinice deosebit de severe, cu consecințe nefavorabile, uneori imediate, alteori tardive, asupra dezvoltării neuro-psihice a acestor copii, în special atunci cînd se repetă la intervale reduse de timp.

O stare febrilă prelungită și severă, accelerează ritmul respirator și transpirația, ambele accentuînd deshidratarea organismului provocată în special la copil, de tulburări digestive însoțite de vărsături și scaune diareice numeroase.

În funcție de cele mai sus prezentate, ne putem pune firească întrebare, dacă febra este prieten sau dușman al omului ?

Ținînd cont de efectele predominant nefavorabile ale febrei în infecții, atitudinea noastră este potrivnică și ne determină ca prin toate mijloacele de care dispune medicina astăzi, să o combatem.

Orice stare febrilă, indiferent de cauza care a declanșat-o, va fi combătută cu medicamente cu efect antipiretic, dintre care cele mai utilizate sînt : aspirina (acid acetilsalicilic), piramidonul (piranul), aminofenazona, chinina, antigermenul, paracetamolul, etc.

Administrarea acestor medicamente sub formă de tablete, pe cale orală, și în caz de nereușită, asocierea cu supozitori antitermici cu paracetamol sau cu aminofenazonă L, cu aplicarea de împachetări umede cu comprese înmuiate în apă la temperatura camerei, cu frecții locale sau generale cu oțet aromatic sau cu oțet alimentar diluat cu apă, și nu frecții sau comprese cu alcool (așa cum în mod greșit se procedează uneori) constituie primele măsuri eficiente, ce trebuie întreprinse pînă la venirea medicului, singurul în măsură să precizeze cauza febrei, diagnosticul bolii și tratamentul de urmat în continuare.

În general, orice stare febrilă a cărei cauză nu a putut fi precizată în 4—5 zile de evoluție, pune pro-

bleme deosebit de dificile din punct de vedere al diagnosticului și al atitudinii terapeutice. Astfel de cazuri necesită investigații numeroase sau chiar internarea într-un serviciu de pediatrie.

POFTA DE MÎNCARE, CONDIȚIE A SĂNĂTĂȚII COPILULUI

Din foarte vechi timpuri se știe că, de regulă, o bună poftă de mîncare — sau în vorbirea medicală curentă „apetitul" — se acordă cu perfecta stare de sănătate a organismului, iar variația ei în funcție de efortul fizic depus între mese, de calitatea alimentelor, de modul lor de pregătire și mai ales de prezentare, este redusă.

Un apetit normal determină o bună asimilare a principiilor nutritive din alimentele consumate și în consecință, o bună creștere și dezvoltare a organismului uman, constatări evidențiate prin parametrii obiectivi de apreciere (greutate, înălțime, stare de sănătate) în special în perioada copilăriei. Din contră, diminuarea pînă la dispariția apetitului — așa-numita anorexie — duce la o stagnare a creșterii și dezvoltării copilului, iar dacă durata ei se prelungește, se ajunge la o scădere importantă în greutate a organismului și la o stare de sănătate precară, datorită susceptibilității copilului, astfel debilitat, de a face numeroase și diverse boli, de cele mai multe ori cu o evoluție mult mai severă decît la copiii cu o bună stare de nutriție.

Atîta timp cît copilul este sănătos, el va mînca întotdeauna cu poftă, iar dacă apetitul său scade simțitor, este foarte probabil ca aceasta să fie determinată

de ivirea unei stări de boală, o tulburare organică sau numai funcțională, temporară sau de mai lungă durată, care poate antrena diminuarea importantă a poftei de mîncare în totalitate, sau selectivă, numai pentru unele principii alimentare (de regulă pentru grăsimi).

Printre numeroasele și variatele semne de manifestare clinică a unor boli la copii, diminuarea sau, mai rar, lipsa totală a poftei de mîncare constituie un semn clinic pe cît de frecvent, pe atît de nespecific, anorexia apărînd ca numitor comun în foarte multe boli și suferințe ale unor aparate și organe.

Diminuarea poftei de mîncare nu este deci o boală ci numai un semn clinic în cadrul unei boli ce poate apare la copil ; și de aceea interpretarea ei este dificilă la orice vîrstă, cu deosebire la vîrsta de sugar (copilul în primul său an de viață) deoarece colaborarea sugarului cu medicul în vederea precizării diagnosticului nu este posibilă.

La sugar diminuarea sau dispariția poftei de mîncare se poate datora, în numeroase cazuri, imposibilității acestuia de a se alimenta din cauza obstruării căilor sale respiratorii (prin vegetații adenoide, rinofaringite), a existenței unor anomalii ale gurii (buză de iepure, gură de lup), unei dureri vii la masticație (în caz de otită, amigdalită, stomatită). În toate aceste cazuri nu este vorba de o scădere reală a apetitului copilului, ci de imposibilitatea sa de a se alimenta, constituind ceea ce denumim în mod curent „falsa anorexie".

Odată cu dispariția cauzei care împiedică alimentarea normală a sugarului, el va mînca din ce în ce mai bine, așa încît va recupera destul de repede stagnarea sau chiar pierderea în greutate pe care o prezentase anterior vindecării sale.

Adevărata anorexie poate apare la sugar ca o consecință a unor greșeli ale mamei sau ale altor persoane care îngrijesc copilul, legate de tehnica de alimentație greșită, de nerespectarea orarului meselor, de supra- sau chiar subalimentația calitativă și cantitativă a acestuia, precum și de alimentația monotonă, unilaterală (cu un număr foarte redus de alimente și mereu aceleași, la vîrsta la care ar fi trebuit alimentat diversificat) și în sfîrșit de aportul, uneori excesiv, de vitamine D și A. Amintim aici greșeala pe care o fac unii părinți care spre a crește apetitul copiilor le administrează din proprie inițiativă doze mari de vitamine C, B, D și A ; ori se știe că excesul de vitaminele D și A duce nu la creșterea, ci din contră la scăderea progresivă pînă la dispariția completă a poftei de mîncare.

Și după vîrsta de un an, circumstanțele în care apare diminuarea sau chiar dispariția totală a poftei de mîncare sînt numeroase.

Starea de inapetență poate apare deseori la copil înaintea, sau / și în timpul unei îmbolnăviri sau în perioada de convalescență după unele boli, așa cum sînt bronhopneumonia, otita, enterocolita, glomerulonefrita, apendicita cronică, verminozele intestinale și aproape toate bolile infecto-contagioase ale copilului (rujeolă, rubeolă, gripă, oreion, scarlatină, dizenterie, hepatită epidemică infecțioasă).

De altfel, orice suferință digestivă, hepatică sau o banală „răceală" se însoțește de diminuarea poftei de mîncare, fapt verificat, cu siguranță, de oricare din noi, cu ocazia diverselor stări de boală.

Trebuie înțeles însă de la bun început că reducerea apetitului în cadrul bolilor sus-numite constituie o măsură de apărare a organismului, deoarece un aport alimentar normal în aceste condiții ar putea suprasolicita organele care asigură asimilarea și metabolismul alimentelor.

În toate cazurile de mai sus, lipsa poftei de mîncare reprezintă, după cum precizam înainte, numai un simptom de boală care apare și dispare odată cu boala care a declanșat-o ; este vorba, deci, despre „anorexia trecătoare" în care tratamentul nu se adresează anorexiei, ci bolii care a determinat apariția ei.

Există însă și unele forme de anorexie cronică, cu o durată prelungită sau chiar definitivă, pe tot timpul vieții bolnavului. Așa este cazul anorexiilor în unele boli endocrine (mixedem congenital, hipotiroidia latentă, unele tumori hipofizare), neurologice (boala Langdon Down — denumită și „mongolism", boala Little sau alte encefalopatii cronice infantile), cardiovasculare (unele malformații de cord), renale (cu leziuni ale tubilor renali).

O categorie aparte, mai ales la copilul mai mare, o constituie „anorxia mentală, nevropatică sau nevroasă" ce se poate întîlni mai ales la fete în perioada lor pubertară și în care anorexia merge mînă în mînă cu o stare de apatie și de astenie ; ea se datorează modificărilor neuroendocrine prin care trec fetele în perioada pre- și pubertară, la care se mai pot adăuga factori traumatizanți din mediul familial sau școlar (certuri familiale, lipsa de înțelegere față de copila aflată în perioada transformărilor fiziologice importante, severitatea excesivă din partea părinților sau educatorilor etc.).

În cazuri rare, anorexia mentală poate reprezenta stadiul de debut, încă din copilărie, al unei boli psihice severe, cel mai adesea schizofrenia.

În sfîrșit, sînt cazuri în care inapetența de lungă durată, duce la o stare cronică și progresivă de denu-

triție a organismului — denumită cașexie — în care nu numai că nu se constată o creștere a greutății corporale, ci din contră, o scădere mare, copilul ajungînd în stadiul binecunoscut din vorbirea populară de „piele și os". Așa stau lucrurile în cazul bolilor consumptive severe, cum este tuberculoza pulmonară și mai ales diversele forme de cancer, ce se pot întîlni la copil.

Diminuarea apetitului poate interesa totalitatea produselor sau principiilor alimentare (grăsimi, zaharuri, proteine); ea poate fi însă și selectivă, interesînd cu precădere unele alimente, așa cum sînt grăsimile pentru bolnavii cu tulburări hepatobiliare sau alimentele acide pentru bolnavii ulceroși sau renali.

Tratamentul anorexiei este complex și trebuie condus numai după prescripțiile unui medic; el se va adresa atît bolii de bază care a determinat instalarea anorexiei, cît și fondului biologic și psihic, profund afectate ale bolnavului.

Este locul să amintim aici greșita mentalitate a unor părinți care vin și solicită insistent medicului prescrierea unor medicamente pentru creșterea apetitului copilului. Dorim ca aceștia să știe că medicina nu dispune încă, și cu siguranță nici în viitor, de medicamente de-a dreptul „miraculoase" care să crească evident pofta de mîncare. Tincturile amare, soluțiile cu acid clorhidric sau / și cu pepsină, precum și unii hormoni anabolizanți (Naposim, Anapollon, Dekadurabolin) sînt slab antianorexigene; mai mult, medicamentele din ultima categorie (cele hormonale) pot deveni chiar periculoase atunci cînd sînt utilizate în combaterea anorexiei, prin efectele secundare nedorite asupra sistemului endocrin al copiilor și pe care le pot declanșa, atunci cînd sînt administrate intempestiv sau cînd nu sînt respectate cu strictețe dozele prescrise de medic.

Diminuarea apetitului copilului în unele stări de

boală este înlocuit în altele, cu opusul său — creșterea exagerată a poftei de mîncare și consumarea unor cantități excesive de alimente — termenul consacrat pentru acest semn de boală fiind de „bulimie".

Fie că mănîncă tot timpul cîte ceva, fie doar la mesele principale, dar în cantități exagerate, copiii cu astfel de tulburări sugerează existența unei boli importante, în care se suprasolicită funcțiile metabolice ale organismului lor.

Exagerarea apetitului se constată la mulți dintre copiii sau adulții cu obezitate de cauză endocrină, la care creșterea exagerată a poftei de mîncare în special pentru dulciuri și făinoase, constituie atît cauză cît și efect; bolnavul este gras, chiar obez, din cauza unei tulburări glandulare (tiroidă, hipofiză, suprarenală) cu răsunet metabolic asupra asimilării principiilor alimentare. El se va îngrășa însă și mai mult, datorită consumului exagerat de alimente cu bogat conținut caloric. La aceasta se adaugă și o activitate fizică redusă, din cauza gradului avansat de obezitate, care completează cercul vicios anterior.

Așa se face că gradul de obezitate al copiilor cu diverse afecțiuni endocrine crește văzînd cu ochii. Creșterea ponderală este direct proporțională cu cantitatea mare de alimente ingerate, datorită apetitului excesiv și lipsei unui control al ingestiei, exercitat de bolnavul însuși și de familia sa.

Diabetul la copil este o altă boală în care apetitul său devine exagerat fără a duce însă, în bod obligator, la obezitate. Pe lîngă consumul mult crescut de lichide, pofta de mîncare excesivă nu scapă neobservată nici bolnavului, nici medicului, acestea constituind semne clinice edificatoare pentru diabetul zaharat al copilului. Corectînd deficitul de insulină (responsabilă de apariția bolii) prin administrarea unor preparate care

să conţină această substanţă biologic activă, semnele clinice cele mai supărătoare ale bolii (setea exagerată, bulimia şi micţiunile abundente) diminuează în mare măsură.

Există, în sfîrşit, şi cauze neuro-psihice care pot determina creşterea exagerată a apetitului. Aşa se face că la o serie de copii cu deficienţe mentale, cum este cazul în oligofrenie, idioţie sau în imbecilitate, se constată un consum exagerat de alimente şi fără nici o preferinţă, copilul mîncînd, aşa cum bine se spune în popor „în prostie". Cauza acestei bulimii este cerebrală şi se datorează scăpării de sub controlul creierului al unui centru aşa-zis al „poftei de mîncare", situat sub scoarţa cerebrală, într-una din emisferele creierului.

În afara unor cazuri patologice de exagerare a poftei de mîncare, există însă şi unele stări fiziologice, normale, în care apetitul creşte simţitor, dar numai pentru o perioadă limitată de timp. Este cazul copiilor mari, aflaţi în convalescenţă după o serie de îmbolnăviri, la care revenirea la normal sau creşterea apetitului reprezintă un semn prevestitor al vindecării clinice. Tratamentul cu cortizon în doze mari, administrat copiilor pe timp îndelungat, în cazul unor îmbolnăviri severe, duce de regulă la o poftă de mîncare exagerată, dar care revine la normal odată cu suprimarea tratamentului cortizonic.

Cele cîteva situaţii de modificare a apetitului copiilor, în funcţie de starea lor de sănătate sau de boală şi pe care le-am prezentat mai sus, fără a fi singurele din patologia copilului, credem că sînt edificatoare în privinţa corelaţiei directe, existentă între pofta de mîncare şi starea de sănătate a organismului.

Iată deci că pînă la un punct, pofta de mîncare constituie un indicator fidel al stării de sănătate a copilului ; desigur, luată izolat în consideraţie, poate să nu fie suficientă pentru stabilirea unui diagnostic, dar luată într-un mai larg context de semne clinice pe care le prezintă bolnavul, poate avea o semnificaţie deosebită.

Ori de cîte ori modificarea importantă şi mai ales persistentă a apetitului apare în perioada copilăriei, trebuie să constituie pentru familia sa un semn de alarmă ce poate traduce debutul sau chiar existenţa unei stări de boală. Diagnosticul bolii şi tratamentul fiecărui caz în parte aparţine medicului, dar la el trebuie să concure atît bolnavul, prin voinţa sa, cît şi familia care îl îngrijeşte şi îl înconjoară cu toată dragostea şi căldura.

ALCOOLUL, TUTUNUL ŞI SĂNĂTATEA COPIILOR

Efectele dăunătoare ale consumului cronic de alcool şi de tutun asupra organismului în general şi a unor funcţii ale sale în special, au fost constatate din timpuri foarte îndepărtate. Este bine ştiut astăzi că atît alcoolul cît şi tutunul acţionează în sens negativ asupra organismului uman, la toate vîrstele sale, dar prin modalităţi diferite.

Alcoolismul, întîlnit destul de frecvent în viaţa cotidiană, este responsabil de degradarea personalităţii alcoolicilor, de actele antisociale pe care aceştia le produc şi de diverse boli organice cu implicaţii serioase

asupra stării de sănătate. Dintre acestea din urmă, cel mai sever afectat este ficatul — laboratorul cel mai complex al organismului uman — care fiind depășit permanent de excesul de alcool ce urmează a fi detoxificat, cedează, ducînd în cele din urmă la ciroza hepatică, stare de la care numai un pas îl desparte pe bolnav de moarte. Nu ne propunem însă să prezentăm influența nocivă a acestor două „vicii" ale vieții moderne asupra adulților în general, ci asupra unei anume categorii din masa consumatorilor cronici de alcool și tutun și anume asupra viitoarelor mame, din dorința de a le prezenta efectele dăunătoare ale acestor așazise : „slăbiciuni omenești" asupra viitorilor lor descendenți.

Copilul poate deveni o victimă pasivă a acestui viciu, dacă gravida — viitoarea mamă — abuzează sau uzează în mod sistematic de alcool și tutun.

Atît alcoolul cît și nicotina trec în mod continuu din sîngele mamei în cel al fătului (denumirea de făt fiind consacrată copilului în toată perioada sa de dezvoltare în uterul mamei) pînă în momentul nașterii, cînd prin ligatura cordonului ombilical, se separă complet circulația mamei de cea a copilului.

Din nefericire pentru noul venit pe lume, injuriile asupra sa nu încetează odată cu nașterea, deoarece prin laptele pe care-l suge de la mama sa în primul an de viață, continuă să primească atît alcool cît și nicotină.

De foarte mult timp, numeroși cercetători din diferite zone geografice ale lumii, atrag atenția asupra efectelor nocive ale consumului cronic de alcool de către mamă, asupra produsului de concepție, deoarece alcoolul consumat în timpul sarcinii, poate leza dezvoltarea embrionului și fătului. Astfel, copii născuți din mame mari consumatoare de alcool înainte, în timpul sarcinii și după naștere, prezintă încă din primele zile de viață extrauterină, numeroase anomalii morfologice (structurale, de conformație) și funcționale. Dintre acestea, cel mai frecvent întîlnite sînt :

— Anomalii ale creșterii și dezvoltării. De regulă chiar de la naștere copiii din această categorie au greutate și statură mică, iar după naștere ritmul lor de creștere este mult mai redus decît la alți copii. O constatare, de dată mai recentă, atrage atenția asupra unui fapt ciudat și anume că, o serie de copii alimentați la sînul mamei — mama fiind o alcoolică înveterată — cresc considerabil în greutate devenind obezi, cu coapse și șolduri enorme, iar aspectul feței devine rotund și mult edemațiat, semănînd cu o „lună plină". Sub influența cantităților mici dar continue, de alcool care sosesc la copil odată cu laptele matern, glandele sale suprarenale suferă o degradare funcțională, manifestată biologic printr-o secreție excesivă de hormoni suprarenalieni, răspunzători de efectul particular al alcoolismului matern asupra copilului. Dacă consumul de alcool de către mamă încetează, aspectul copilului revine treptat la normal, în decurs de cîteva săptămîni.

— Anomalii ale craniului și feței ; sînt rareori unice, de obicei multiple și în cele mai variate asocieri. Aspectul acestor copii este disgrațios, putînd prezenta una sau mai multe din anomaliile mai frecvent întîlnite și anume : craniul mic (microcefal), pleoape căzute, ochi strabici („sașii"), buză despicată (buză de iepure), despicătura cerului gurii (gură de lup), urechi mici sau rău poziționate, maxilar inferior foarte mic etc.

— Anomalii ale scheletului, manifestate fie sub forma unor malformații osoase (vertebrale sau ale degetelor), fie ca rigidități articulare importante cu an-

chiloza coatelor, genunchilor sau gleznelor, acestea făcînd imposibil mersul, la vîrsta la care copilul ar trebui să înceapă să facă primii paşi.

— Întîrzierea dezvoltării psihice este aproape regulă şi de intensitate variabilă, mergînd de la forme uşoare de deficit psihic pînă la forme severe, însoţite uneori de convulsii şi întîrziere în dezvoltarea motorie (stat în şezut, mers, alergat, manualitate etc.). Copiii prezintă din primul an de viaţă tulburări de comportament, fiind agitaţi şi impulsivi, sau din contră, apatici, izolaţi, egoişti.

Cu timpul, deficitul pisho-intelectual se poate accentua, deoarece în toate aceste cazuri copilul va creşte într-o familie cu carenţe educaţionale, în care părinţii au suferit o degradare fizică şi psihică importantă, din cauza alcoolismului cronic.

După o statistică largă, dezvoltarea intelectuală a copiilor proveniţi din mame alcoolice, nu depăşeşte decît în mod cu totul excepţional 65% din capacitatea psiho-intelectuală a unui copil normal, de vîrstă asemănătoare.

Cauza tuturor manifestărilor clinice prezentate de copii, unele încă de la naştere, altele ulterior, o constituie efectul nociv asupra produsului de concepţie, al ethanolului, alcoolul de bază din toate băuturile slab sau puternic alcoolizate, consumate timp îndelungat şi în cantitate mare, de către mamă. Responsabil direct de aceste drame este deci alcoolul (ethanolul) indiferent sub ce formă este consumat (în Franţa femeile consumă cu precădere bere, în S.U.A. în special alcooluri tari).

Frecventa anomaliilor la copii născuţi din mame alcoolice este relativ mare şi constituie o problemă medico-socială importantă. Spre exemplificare, amintim că în Franţa procentul acestor copii este ridicat, întîlnindu-se un caz la circa 400 naşteri, în S.U.A. procentul descendenţilor afectaţi ajunge pînă la 70% din numărul de naşteri din rîndul mamelor consumatoare de alcool, iar în R. F. Germania, după date mai recente, se nasc anual între 5 000 şi 6 000 astfel de copii taraţi. Chiar dacă procentual nu în toate ţările situaţia este aceeaşi, alcoolismul constituie o racilă cvasiuniversală. Sînt puţine ţările şi poparele care nu se confruntă cu problema alcoolismului şi implicit cu alcoolismul matern şi consecinţele sale şi acestea sînt ţările islamice, în care convingerile religioase interzic credincioşilor consumarea băuturilor alcoolice.

În ultimul timp, s-a descris ca noutate în problemă, o oarecare dependenţă a fătului de alcoolul din circulaţia comună, fetală şi maternă. Se vorbeşte chiar de o „reacţie de retragere a alcoolului“ ca de o scoatere a nou-născutului (copilul în primele 30 de zile de la naştere) de sub influenţa alcoolului matern, acesta prezentînd în primele ore de la naştere o stare de iritabilitate excesivă, tremurături ale membrelor, convulsii, apnee (copilul uită să respire) şi tulburări digestive (refuzul alimentaţiei, balonare abdominală, diaree severă). Toate aceste tulburări s-ar datora suprimării transferului de alcool de la mamă la copil (prin circulaţie sau prin lactaţie), ca o dependenţă, o „toxicomanie precoce involuntară“ sau ca o manifestare de „abstinenţă la alcool“.

Efectele nocive ale alcoolismului asupra copilului sînt greu de tratat. Deîndată ce ele au fost diagnosticate, necesită măsuri terapeutice medicale şi chirurgicale laborioase şi nu întotdeauna cu eficienţă maximă.

Prevenirea unor astfel de cazuri constituie însă cheia succesului reducerii incidenţei acestor boli, prin împiedicarea acestui viciu — alcoolismul cronic — ac-

țiune care antrenează în combaterea sa factori complexi medicali, sociali, juridici. Se va încerca prin toate mijloacele să se combată alcoolismul cronic feminin, existent în special în anumite pături sociale, explicîndu-se și convingînd opinia publică asupra riscurilor pe care le prezintă alcoolismul matern asupra descendenților.

În condițiile specifice țării noastre, în care societatea socialistă situează omul în centrul atenției sale, problema alcoolismului cronic matern se află pe un plan minor, numărul cazurilor de descendenți tarați nefiind de proporții mari. Totuși, datoria de conștiință profesională ne obligă să atragem atenția viitoarelor mame asupra riscului reprezentat de alcool asupra dezvoltării viitoarei generații de copii.

Dacă alcoolismul matern nu este la noi atît de frecvent ca în alte țări, în schimb fumatul a început să devină din ce în ce mai frecvent și în rîndul populației de sex feminin și cu precădere la tinerele femei, aflate în perioada optimă de fertilitate. Dacă fumatul — așa cum probabil este binecunoscut de întreaga lume, din campania dusă de Organizația Mondială a Sănătății — este dăunător în general organismului uman, la femei în perioada de sarcină, el devine un factor de risc pentru descendenții acestora.

Influența nefavorabilă a nicotinei și a unor substanțe toxice rezultate din arderea tutunului se manifestă atunci cînd mama este fumătoare, atît asupra fătului, cînd în circulația sanguină trece de la mamă la făt, cît și asupra sugarului, nicotina trecînd în laptele matern. Chiar și în cazul mamelor nefumătoare, care prin natura ocupației lor sînt obligate să inspire un aer viciat, în încăperi în care se fumează în mod abuziv și sistematic, nicotina și alte substanțe

rezultate din arderea tutunului sînt suficiente pentru a perturba buna dezvoltare a sarcinii sau pentru a influența starea fizico-psihică a copilului, în primul său an de viață.

Cercetări recente în acest domeniu au reușit să stabilească riscul general pe care-l prezintă nicotina asupra mamei și copilului (în toate etapele sale de dezvoltare). iar concluziile acestor cercetări se pot sintetiza astfel :

— fumatul matern influențează direct greutatea la naștere a descendenților ; copiii acestor mame cîntăresc în medie cu 200 g mai puțin decît copiii mamelor nefumătoare ;

— nașterea prematură (înainte de termen) este mai frecventă la gravidele fumătoare, decît la cele nefumătoare ;

— nicotina deprimă centrul respirator al copilului, imediat după naștere, aceasta explicînd de ce primele respirații, la copiii născuți din mame fumătoare sînt ușor întîrziate și de amplitudine redusă ;

— malformațiile sînt mult mai frecvente și mai severe la descendenții mamelor fumătoare decît la ceilalți copii. Nu se cunoaște cu exactitate modul în care nicotina acționează asupra produsului de concepție, pentru a produce efectele negative sus-menționate, dar cele cîteva fapte de observație anunțate mai sus, sînt suficiente pentru a atrage atenția gravidelor asupra necesității abandonării fumatului, dacă nu este posibil definitiv, măcar în perioada sarcinii ;

— în primii ani de viață, copiii părinților fumători și care au răul obicei de a fuma în camerele copiilor, prezintă o sensibilitate deosebită la infecții ale căilor respiratorii (rinofaringite, traheite, bronșite) datorate efectului iritant al nicotinei asupra mucoasei aparatului respirator ;

— procentul copiilor care vor deveni fumători este mai ridicat în familiile în care părinții fumează, acești copii devenind victime atît ale propriilor slăbiciuni cît și ale celorlalți, trăind și fumînd în încăperi în care fumează și el și alții ; aceasta poate explica în mare măsură riscul crescut pentru unele boli respiratorii (infecțioase sau alergice), cancer pulmonar sau boli miocardice, la care sînt supuși fumătorii.

Dacă din pledoaria noastră a rezultat, în prima parte, efectul nefavorabil exercitat de alcool asupra organismului uman și îndeosebi al copilului, iar în cea de a doua parte, al nicotinei, efectul dăunător crește cînd ambele se asociază la același individ — lucru nu rareori întîlnit — deoarece adesea viciile se împletesc : un coniac (sau mai multe), o țigară (sau mai multe) și ca totul să fie „mai colorat" se asociază și „inofensiva cafeluță".

Este locul să precizăm că starea precară de sănătate a unui copil, nou venit pe lume, își datorează tarele sale în primul rînd mamei, care nu respectă un regim de viață rațional ; nu este mai puțin adevărat că sănătatea lui depinde și de starea de sănătate a tatălui, înainte și în timpul perioadei de procreere. Un bărbat care fumează, bea mult sau are o stare prelungită de nevroză, prezintă pentru viitorul său copil riscul de a-i influența nefavorabil evoluția fizică sau psihică.

Dacă cele cîteva avertismente reieșite din rîndurile de mai sus nu sînt suficiente pentru a-i convinge pe fumători și consumatorii de alcool despre riscul pe care-l prezintă aceste două vicii, luate separat sau laolaltă, pentru sănătatea proprie, măcar să fie luate în considerație, în a înțelege că ei sînt răspunzători în mare măsură, de sănătatea descendenților lor.

CÎND ESTE INDICATĂ SCOATEREA AMIGDALELOR ?

Una din frecventele întrebări adresate medicului în cabinetul de consultații, de către unii părinți exasperați de frecvența infecțiilor acute ale căilor respiratorii și în special ale amigdalelor — amigdalitele — pe care le prezintă copiii lor în sezonul rece (deși nu sînt excluse nici în timpul verii) este cea referitoare la indicațiile și momentul scoaterii amigdalelor, operație denumită, amigdalectomie.

Pentru a încerca să dăm un răspuns la această întrebare, vom prezenta în prealabil cîteva noțiuni de anatomie și fiziologie a acestor organe, considerate, cu cîteva decenii în urmă, drept inutile și înlăturate pe cale chirurgicală încă din fragedă copilărie.

Amigdalele sînt organe limfoide, situate lateral în faringe și au rol deosebit de important în apărarea organismului împotriva unor infecții ce folosesc ca poartă de intrare căile respiratorii. Prin poziția lor în cavitatea bucală, amigdalele sînt expuse îmbolnăvirilor, în special de natură inflamatorie, la impactul lor cu bacterii sau virusuri.

În multe cazuri inflamația amigdalelor se datorează unor microbi existenți în mod normal în cavitatea bucală a copilului (streptococi, stafilococi) și care sub influența unor factori favorizanți — frigul, consumarea de băuturi foarte reci, surmenajul — devin agresivi și se înmulțesc considerabil, declanșînd apariția semnelor de boală : febră, dureri de cap, jenă la deglutiție, dureri musculare sau / și articulare, vărsături. În alte cazuri inflamația amigdalelor apare ca o compo-

nentă a unui mai larg proces patologic, cu implicarea mai multor organe și aparate ale organismului copilului. Așa este cazul amigdalitelor produse de virusuri sau de microbi în cadrul bolilor infecto-contagioase ale copilăriei : rujeolă, scarlatină, gripă, difterie.

Tratată corect o astfel de amigdalită — adică forma acută a bolii — cedează complet, fără nici o consecință asupra stării copilului. Repetarea infecțiilor amigdaliene duce cu timpul la forma cronică a bolii, caracterizată prin mărirea considerabilă în volum a ambelor sau mai rar numai a unei singure amigdale, cu sau fără cripte adînci în relieful amigdalian (ca niște cratere de vulcan), cu conținut cazeos sau purulent, ultima variantă evolutivă desemnînd „infecția de focar", atît de periculoasă pentru copil. Pericolul constituit de prezența unei infecții de focar la copil, cel mai adesea focarul fiind amigdalian, mai rar adenoidian (vegetații adenoide) sinuzal sau dentar (abces dentar, pulpită), este datorat cantonării în aceste focare a unor germeni infecțioși (streptococ hemolitic, stafilococ) și înmulțirii lor. Urmează în scurt timp punerea în circulație a unor colonii microbiene și localizarea lor la nivelul cordului sau plămînilor, cu apariția consecutivă a unei septicemii și apoi a unei endocardite, a unei pneumonii sau pleureziі, boli deosebit de severe la copil.

Infecția de focar dăunează și în alt mod organismului copilului și anume prin mecanisme infecto-alergice, declanșînd la distanță boli deosebit de grave, cum este cazul reumatismului cardio-articular sau al glomerulonefritei, boli cu debut în copilărie și de multe ori cu consecințe nefaste asupra stării de sănătate a adultului.

Unele afecțiuni respiratorii care produc obstrucție nazală (adenoidită, rinită, rinofaringită, sinuzită, polipi nazali, deviația de sept) favorizează sau întrețin infecția amigdaliană, pe de o parte prin secrețiile nazale care în loc să fie eliminate prin narine, se scurg în faringe, infectînd prin contact direct amigdalele ; pe de altă parte respirația neputînd fi făcută pe nas, se face pe gură, astfel încît aerul nu mai este filtrat și încălzit în cavitatea nazală, ajungînd la amigdale rece și poluat cu praf, fum, gaze.

Odată declanșată, amigdalita acută trebuie tratată cu promptitudine și în mod conservator, încercînd prin toate mijloacele să nu se ajungă cu timpul la necesitatea înlăturării amigdalelor din organism pe cale chirurgicală, lipsindu-l astfel pe copil de primul baraj în calea infecțiilor aparatului respirator.

Se naște întrebarea firească, cînd și de ce trebuie scoase amigdalele la copii ?

Cercetări recente vin să dovedească rolul imunologic al amigdalelor în sistemul apărării naturale a organismului împotriva bolilor, datorat sintezei de imunoglobuline A factori de apărare locală contra infecțiilor. După amigdalectomie, nivelul local scăzut al acestor imunoglobuline nu mai este capabil să preîntîmpine agresiunile microbiene sau virotice asupra amigdalelor. Amigdalectomia nu împiedică repetatele infecții respiratorii, dovadă fiind observația după care numărul și frecvența faringitelor la un copil amigdalectomizat este mult mai crescută decît înainte de operație, dar gravitatea acestor infecții este cu mult mai redusă decît atunci cînd în procesul infecțios faringian erau implicate și amigdalele.

De multe ori focarul infecțios amigdalian este întreținut de existența unor boli ale organelor de vecinătate (sinuzite, adenoidite, rinofaringite) al căror tratament corect poate duce la ameliorarea suferinței

amigdaliene ; în aceste cazuri, amigdalectomia ar fi o eroare ce ar traduce o indicație chirurgicală luată în pripă, fără o analiză complexă a cazului în speță.

Dacă în trecutul nu prea îndepărtat scoaterea amigdalelor constituia una din cele mai frecvente intervenții chirurgicale la copii, la care se recurgea cu prea mare ușurință — atitudine datorată necunoașterii în acea perioadă a rolului imunologic al acestor organe limfoide — a devenit astăzi o intervenție rară, la care se ajunge numai atunci cînd s-au dovedit ineficiente toate încercările terapeutice medicale (chimioterapice, antibiotice, tratament balneofizioterapic).

Indicațiile amigdalectomiei sînt restrînse astăzi, numai în anumite situații :

— în caz de amigdalite „depășite", cu complicații locale (flegmon amigdalian acut, cronic sau recidivant) ori la distanță (septicemii cu focare septice în diverse organe și țesuturi) ;

— în bolile reumatice cu participare cardiacă și articulară, la care cu tot tratamentul antibiotic efectuat, nu s-a reușit sterilizarea focarului infecțios amigdalian de streptococi hemolitici (microbii responsabili de infecția reumatică la copii). În aceste cazuri scoaterea amigdalelor se va face sub protecție de antibiotice și sub o strictă supraveghere medicală postoperatorie ;

— în unele boli renale acute, subacute sau cronice, cauzate de streptococul hemolitic : glomerulonefrita, nefrita cronică cu infecție de focar amigdalian, glomerulonefrita acută streptococică nevindecată după 6 luni de la îmbolnăvire, sindromul nefrotic rezistent la tratamentul cortizonic ;

— în obstrucțiile foarte importante ale căilor respiratorii superioare determinate de volumul mare pe

care-l pot atinge amigdalele în unele cazuri și care cu timpul pot duce la insuficiența respiratorie cronică, iar după trecerea mai multor ani și la insuficiență cardiacă de cauză pulmonară.

În schimb, amigdalectomia numai este indicată în situații în care pînă nu de mult era considerată soluția salutară și anume :

— în infecțiile rinofaringiene frecvente, în care participarea amigdalelor nu este pe prim plan ;

— numai pentru simpla hipertrofie amigdaliană (amigdale mărite de volum, dar fără alte semne de infecție locală) ;

— în infecții respiratorii localizate la plămîni sau bronhii (bronhopneumonii, bronșite acute sau cronice) ;

— în infecții streptococice repetate ale amigdalelor, în care nu s-a efectuat tratament antibiotic (penicilină, eritromicină) pe o perioadă de cel puțin 6 luni ;

— în plină evoluție a unui reumatism cardiac sau a unei glomerulonefrite acute.

Intervenția chirurgicală, atunci cînd își găsește deplin justificarea — și aceasta trebuie să se facă la recomandarea medicului și nu la insistențele familiei — se efectuează în servicii de specialitate, după metoda clasică, cu respectarea unor precauții care nu fac de altfel obiectul prezentării noastre.

Metoda chirurgicală a fost înlocuită în U.R.S.S., în situațiile în care amigdalectomia clasică este contraindicată datorită unor riscuri majore pentru bolnav (hemofilie, boli cu sîngerare mare prin lipsă de trombocite, suferințe cardiace congenitale sau cîștigate) cu o nouă metodă terapeutică, criotonsilectomia. Metoda constă în refrigerarea amigdalelor cu ajutorul unui aparat crioaplicator cu azot lichid (la a cărui extremitate frontală se realizează temperaturi de —196° Cel-

sius) : aplicarea acestui aparat pe amigdale, duce la congelarea lor (fără a apare sîngerare) reușindu-se în 2—3 sau 4 ședințe, să se înlăture complet amigdalele și pe locul lor să se formeze o cicatrice identică cu cea formată în urma operației clasice.

Tot recent, și tot în U.R.S.S. se experimentează o nouă metodă terapeutică nechirurgicală de tratament a amigdalitelor, prin administrarea unui nou medicament — Coamid (un imunostimulent obținut pe cale sintetică, conținînd cobalt și nicotinamidă). Acțiunea favorabilă a acestui medicament se datorează creșterii rezistenței locale la infecții, pe care o poate determina după administrări repetate, scutind de multe ori bolnavii de o intervenție chirurgicală neplăcută și nejustificată în toate cazurile.

Rămîne de văzut în viitorul apropiat, dat fiind rolul imunologic binefăcător al amigdalelor, dacă nu se vor găsi și alte căi pentru evitarea amigdalectomiei.

GAMAGLOBULINELE ȘI INDICAȚIILE LOR ÎN PEDIATRIE

Ce sînt de fapt gamaglobulinele și care este rolul lor în sănătatea copilului ?

Răspunsul la această întrebare nu-l putem da direct, ci numai trecînd în revistă unele considerații sumare despre gamaglobuline și despre rolul lor în organism.

Este binecunoscut de toată lumea că între organismul uman și germenii infecțioși cauzatori de boli (virusuri, bacterii, ciuperci) există o luptă crîncenă, din care, în marea majoritate a cazurilor, organismul uman,

uzînd de multiplele sale posibilități de apărare, reușește să învingă agresiunea infecțioasă.

Din complexul factorilor de apărare antiinfecțioasă, rolul cel mai important este deținut de prezența în sînge a unor factori specifici de apărare a organismului, denumiți anticorpi.

În fapt, anticorpii sînt mici particule proteice, extrem de fine, invizibile la orice examinare microscopică și ultramicroscopică, cuprinse în fracțiunea gamaglobulinelor din sîngele oricărui individ sănătos sau bolnav, tînăr sau vîrstnic ; gamaglobulinele sînt deci fracțiuni ale proteinelor sanguine care conțin anticorpi îndreptați împotriva celor mai mulți germeni infecțioși (în special microbieni). Așa este cazul anticorpilor antidifterici, antitifoparatifici, antipertusis (contra tusei convulsive) apăruți în urma îmbolnăvirii de bolile sus-menționate, constituind acea stare cunoscută sub denumirea de „imunizare activă". În alte cazuri, imunitatea se obține prin introducere din afară de anticorpi, odată cu serul obținut de la bolnavii care au trecut prin boala respectivă și care pot asigura cel puțin pentru o perioadă scurtă de timp, rezistența organismului la microbul sau virusul de care dorim să ferim copilul ; vorbim în acest caz de „imunizare pasivă" obținută prin ser antitetanic, antidifteric, antistafilococic, etc. Vaccinările determină și ele o „imunizare activă", vaccinul introdus declanșînd în organism, dar la o scară redusă, fenomene asemănătoare celor ce se petrec în timpul unei îmbolnăviri.

Fie că un organism s-a imunizat prin boală, fie prin vaccinare, în momentul în care el vine în contact cu un bolnav cu o anumită boală, chiar dacă s-a produs contaminarea cu germeni infecțioși de la acesta din urmă, se dovedește rezistent la boală ; organismul său a devenit „imun", iar factorii specifici care-i conferă

această imunitate sînt gamaglobulinele, cu rol de apărare antiinfecțioasă, denumite din acest motiv „imunoglobuline".

Multdiscutatul medicament cunoscut sub denumirea de „Gamaglobulină" nu este altceva decît un concentrat de gamaglobuline — implicit și de anticorpi — obținut din sîngele unor donatori, de obicei de vîrstă adultă și care în cursul vieții s-au imunizat activ sau pasiv, împotriva multor germeni infecțioși (virusuri sau bacterii) și ai căror anticorpi reziduali vor fi capabili să confere imunitate, cel puțin parțială și de scurtă durată, celor ce primesc un asemenea medicament.

Imunitatea conferită de anticorpi aduși în organism odată cu preparatul medicamentos denumit „Gamaglobulină", este însă eficientă numai pentru o perioadă de 14—21 de zile și numai contra unor germeni cauzatori de îmbolnăviri. Dacă agentul patogen persistă în organism mai mult de 21 de zile, administrarea de gamaglobulină trebuie repetată după 20 de zile, pînă cînd se obține un rezultat bun în evoluția bolii.

Forma de gamaglobulină cea mai frecvent utilizată, mai ușor de preparat și mai puțin costisitoare este gamaglobulina standard pentru administrare intramusculară, în soluție de 10% sau mai rar de 16% (procentele de 10% și 16% reprezintă cifra care indică de cîte ori este îmbogățită această gamaglobulină față de cea aflată în sîngele donatorilor).

Forma de administrare intravenoasă (Gammavenin, Sandoglobulină sau recentul preparat românesc al Institutului Cantacuzino din București) este dificil de realizat din punct de vedere tehnic, deoarece în procesul ei tehnologic trebuie conservată activitatea anticorpilor și în plus este extrem de costisitoare. Ea este utilizată în practica medicală atunci cînd se scontează pe un efect

rapid (de ordinul orelor, în comparație cu produsul administrat intramuscular în care efectul terapeutic se instalează după cîteva zile) și cînd se urmărește realizarea unor concentrații sanguine foarte înalte, putîndu-se utiliza în acest scop cantități mari de gamaglobulină (pînă la 1 g/kg corp). Utilitatea gamaglobulinei pe cale intravenoasă este diminuată însă de 3 factori :

— este unecri rău tolerată de bolnavi, ca de altfel multe preparate biologice obținute din sînge ;

— preț de cost extrem de ridicat, dezavantaj care-i restrînge considerabil indicațiile ;

— utilizarea ei nu și-a dovedit efectele spectaculare la care medicina se aștepta, deși cercetări foarte recente par să redeștepte interesul lumii medicale pentru acest produs biologic, administrat pe cale intravenoasă.

În afara gamaglobulinelor standard, ori de cîte ori se urmărește obținerea unui anumit tip de anticorp și în titru ridicat — deci cu specificitate restrînsă — se folosesc gamaglobulinele hiperimune (monovalente), obținute de la donatorii de sînge care au fost imunizați sigur împotriva agentului vizat, fie prin boală, fie prin vaccinare.

Astfel de preparate se produc astăzi într-o gamă variată și se utilizează atît în scop preventiv, cît și curativ. Dintre ele, cel mai frecvent utilizate sînt : gamaglobulina antipoliomielitică, antipertusis (antituse convulsivă) antioreion, antivariolă, antirujeolă etc.

În cazuri cu totul particulare, și numai atunci cînd s-a constatat un deficit exclusiv al unei fracțiuni a imunoglobulinelor (imunoglobulina A sau M) se utilizează gamaglobuline îmbogățite în IgA sau IgM ; utilizarea lor este restrînsă însă, pe de o parte de indicațiile reduse, pe de alta, de dificultatea obținerii lor sub formă de medicament.

Trecînd în revistă natura și rolul gamaglobulinelor a venit momentul să precizăm și indicațiile lor.

Principala indicație a utilizării lor, indiferent că sînt administrate pe cale intramusculară sau intravenoasă, o constituie un grup de tulburări ale imunității, întîlnită extrem de rar în practica medicală, denumite la un loc „sindromul lipsei de anticorpi", înțelegîndu-se prin aceasta o deficiență înnăscută sau cîștigată în secreția de anticorpi (deci de imunoglobuline) situație ce pune bolnavul în imposibilitatea de a se apăra, în cazul agresiunilor infecțioase. Utilizarea gamaglobulinelor în astfel de cazuri, se indică pe toată durata vieții bolnavului, cu repetarea administrărilor la un interval de 21 de zile. În afara deficitului ireversibil de imunoglobuline pe care-l poate prezenta un bolnav (cazul de mai sus), există și o serie de stări de deficit de gamaglobuline care se instalează consecutiv unor cauze bine conturate (hipogamaglobulinemiile secundare) :

— prin arsuri grave, deoarece la nivelul arsurii, prin zemuirea continuă, se pierde plasmă și odată cu ea și gamaglobuline ;

— prin unele boli renale, în care se pierd prin urină odată cu celelalte proteine și gamaglobuline ;

— prin diarei cronice, cu pierdere intestinală mare de proteine și implicit și de gamaglobuline ;

— în unele boli maligne (neoplazii) care tulbură sinteza proteinelor în general și gamaglobulinelor în special.

Administrarea gamaglobulinei este indicată la nounăscut (copilul în prima lună de viață) și la sugar (copilul aflat în primul an de viață), la care în mod normal, după primele luni de viață, cînd a posedat o respectabilă zestre de anticorpi de la mamă, ajunge într-o perioadă critică, în care s-au consumat acești anticorpi, iar sinteza proprie întîrzie să apară ; este

așa-numita „fază de hipogamaglobulinemie tranzitorie sau fiziologică a sugarului". Dacă în această perioadă survin unele îmbolnăviri severe, în afara tratamentului medicamentos antibiotic și a medicației ajutătoare (roborantă) se vor utiliza cu succes una sau mai multe administrări de gamaglobulină standard în administrare intramusculară sau mai eficient terapeutică, în administrare intravenoasă.

O mai largă utilizare își găsesc gamaglobulinele specifice în prevenirea unor boli contagioase în perioada copilăriei. Fie că este vorba de unele boli produse de virusuri (oreion, rujeolă, heatită epidemică, poliomielită) fie de bacterii (tetanos), gamaglobulina specifică este capabilă, atunci cînd este administrată imediat după contactul copilului cu un bolnav, și înainte de apariția primelor semne clinice de boală, de cele mai multe ori, să preîntîmpine apariția bolii. Dacă totuși boala s-a declanșat rapid, administrarea de gamaglobulină specifică poate să transforme evoluția ei dintr-o formă obișnuit gravă și cu riscul de complicații, într-o boală ușoară și fără consecințe severe asupra copilului bolnav. Așa este cazul rujeolei, hepatitei epidemice. Gamaglobulina antivaricelă și anti zona-zoster este extrem de utilă, în special la copiii care fac tratament cu medicamente imunosupresoare, pentru boli severe (leucemii, tumori maligne, nefroze) și care au fost contacți cu alți bolnavi de varicelă ; ea reușește să preîntîmpine boala, care la un astfel de bolnav ar putea evolua extrem de grav.

Gamaglobulina antirujeoloasă este eficientă dacă se administrează în primele 5 zile de la contactul infectant ; durata imunității este însă numai de 21 de zile.

Gamaglobulina antioreion, deși are eficiență profilactică scăzută, este totuși indicată la copii în perioada

adolescenței, cînd există riscul unor complicații severe asupra organelor genitale, putînd determina uneori sterilitatea definitivă prin distrugerea zonelor spermatogenetice din testicule.

Gamaglobulina antirubeolă. este mai puțin indicată la copii, rubeola fiind o boală foarte ușoară și lipsită de riscuri evolutive. Este în schimb indicată la tinerele femei gravide care nu au făcut boala în copilărie, preîntîmpinîndu-se în acest mod apariția la copil a unor grave malformații oculare și auditive, reunite sub termenul de „embriopatie rubeolică".

Gamaglobulina antivariolică este indicată în special la copiii trecuți de vîrsta de 2 ani și care se vaccinează antivariolic ; administrîndu-se după 24 de ore de la vaccinare, gamaglobulina nu împiedică instalarea imunității antivariolice dar previne riscurile imediate, deloc neglijabile, ale vaccinării.

Un loc aparte ocupă gamaglobulina în profilaxia hepatitei virală acută. În timp ce în hepatita cu virus A sînt indicate și eficiente doze de 0,5 ml/ kilocorp de gamaglobulină standard, în hepatita cu virus B se dovedește utilă aceeași doză, dar de astă dată de gamaglobulină specifică antihepatită B.

Dacă administrarea gamaglobulinei se face cît mai aproape de presupusul contact infectant, riscul apariției bolii este considerabil scăzut ; așa se explică faptul că într-o colectivitate de copii care au fost contactați de hepatită epidemică, numai un număr foarte redus de copiii fac boala.

În ultimul timp gamaglobulina își găsește o nouă indicație, în bolile alergice și aceasta cînd s-a demonstrat că gamaglobulina posedă și un efect antihistaminic, împiedicînd descărcarea în sînge a histaminei (substanță secretată de o serie de celule specializate), responsabilă de apariția unor manifestări alergice

(astm bronșic, rinite și dermatoze alergice etc.). Administrarea gamaglobulinei în aceste cazuri se face în doze foarte reduse. Rezultate mai bune se obțin asociindu-se gamaglobulină cu doze foarte mici de histamină, urmărindu-se realizarea unei desensibilizări specifice a organismului la histamină și înlăturarea manifestărilor alergice.

Observații de dată foarte recentă atrag atenția asupra unei noi indicații terapeutice a gamaglobulinei pentru administrare intravenoasă și anume, purpura trombocitopenică idiopatică (P.T.I.). În unele din încercările făcute în acest scop, administrarea unei singure perfuzii cu gamaglobulină (preparată numai pentru administrare intravenoasă) în doză de 2 g/kilogram corp, a fost suficientă pentru a opri scăderea trombocitelor și în consecință, a vindeca boala ; condiția esențială a succesului pare să fie precocitatea instituirii acestei moderne metode terapeutice, înțelegînd prin aceasta recurgerea la această soluție terapeutică, în faza de început a bolii, deci cît mai aproape de momentul depistării și diagnosticul ei. Noutatea acestei indicații surprinde și dă speranțe pentru viitor, dar pînă la o părere unanim acceptată de lumea medicală, mai este necesar mult timp și numeroase alte încercări terapeutice pentru ca valoarea metodei să capete valabilitate și, care să o impună medicinei moderne.

Dacă în multe și diverse cazuri, folosirea în terapeutică a gamaglobulinei se dovedește utilă, există însă și situații în care apar o serie de incidente sau accidente, de care trebuie ținut cont în practica medicală.

Deoarece gamaglobulinele sînt fracțiuni proteice, ele pot declanșa reacții ușoare de intoleranță (grețuri, vărsături) sau foarte grave (alterarea stării generale, edeme generalizate, tulburarea conștiinței, comă) uneori chiar mortale.

Administrarea repetată și pe timp îndelungat a gamaglobulinei, poate duce la o deprimare a producției proprii de gamaglobulină, sinteză pe care în condiții normale, organismul uman o asigură în tot cursul vieții.

Or, diminuarea sintezei de gamaglobulină implică și scăderea titrului de anticorpi, deci o rezistență antiinfecțioasă scăzută.

În rare cazuri, gamaglobulina declanșează, după repetate administrări, producția de anticorpi antigamaglobulină, traducerea clinică a acestei stări fiind apariția de accidente anafilactice (de intoleranță) grave ; în cazuri mai puțin severe, anticorpii apăruți duc la inactivarea gamaglobulinei administrate, deci la anularea efectului terapeutic scontat.

Prezentînd noțiunile de mai sus, putem conchide susținînd că gamaglobulinele constituie unul din mijloacele terapeutice importante în lupta pentru preîntîmpinarea sau vindecarea multor boli determinate de germeni infecțioși — virotici sau bacterieni — dar utilizate în mod judicios, administrate la momentul oportun, în dozele optime și ținîndu-se cont în permanență și de riscurile pe care le comportă această terapeutică.

VALOAREA ANALIZELOR DE LABORATOR ÎN PATOLOGIA COPILULUI

După cum este bine cunoscut, în condițiile medicinei moderne, diagnosticul clinic al multor boli trebuie confirmat și prin examene de laborator.

Investigațiile de laborator clinic, radiologic sau bacteriologic sînt cu atît mai indicate în pediatrie cu cît cooperarea copilului la stabilirea diagnosticului este mai dificilă ; copilul fie că nu vorbește, nu poate preciza sau descrie cu exactitate suferințele sale, fie că este speriat de consultul medical, nu numai că nu ajută, dar poate chiar deruta uneori medicul pediatru în încercările sale de a-i preciza diagnosticul.

Dezvoltarea științelor medicale, în special pe seama progreselor biochimiei și a bacteriologiei — stau ca mărturie numeroasele analize de laborator biochimic, hematologic, imunologic, basteriologic, virusologic — și prin perfecționarea aparaturii medicale pentru efectuarea investigațiilor — ne gîndim în primul rînd la testele cu ajutorul izotopilor radioactivi — au dus la o relativă ușurare a activității medicale.

Astăzi se obișnuiește din ce în ce mai mult efectuarea unei întregi baterii de anilize de laborator pentru precizarea bolii sau a etapei sale evolutive, prin așa-numitul „screening", așa cum sînt spre exemplu : glicemia, glicozuria, amilazemia, acetonuria pentru diabetul zaharat ; toate acestea sînt suficiente pentru diagnosticarea cazurilor obișnuite de boală, dar pentru cazurile particulare sau de boli intricate, numărul investigațiilor biochimice necesare este considerabil mărit.

Cu toate aceste progrese, practica medicală este încă grea, deoarece rezultatele analizelor de laborator nu concordă întotdeauna cu rezultatele examenului clinic al bolnavului, ba mai mult, cu care chiar contrastează uneori. În astfel de situații, medicul este cel care printr-o reconsiderare a elementelor patologice consta-

tate la bolnav, trebuie să-şi formuleze totuşi un diagnostic.

Un sugestiv aforism ca pledoarie pentru cele de mai sus, aparţine lui F. Stenn şi este adresat medicilor, ca o invitaţie la o reconsiderare a clinicii, necesară mai ales astăzi cînd investigaţiile de laborator tind să ştirbească din valoarea gîndirii medicului la patul bolnavului. Şi de aceea Stenn spunea : „Dacă nu aţi reuşit să stabiliţi un diagnostic, întoarceţi-vă la patul bolnavului, aşezaţi-vă lîngă el şi urmăriţi atent simptomele : o oră, o zi sau — dacă este nevoie — o săptămînă".

Referitor la problema valorii relative a investigaţiilor de laborator în clinica pediatrică, vom da un singur şi simplu exemplu, deşi vă asigurăm că nu este singular în medicină. A fost şi rămîne bine cunoscut pentru orice medic, faptul că o apendicită acută la copil este o boală uşoară dacă este diagnosticată corect şi în timp util ; ea poate fi însă şi deosebit de gravă dacă nu se intervine chirurgical din cauza necunoaşterii diagnosticului. În cele mai multe cazuri, boala evoluează într-o relaţie directă cu modificarea netă a numărului de leucocite (globulele albe din sînge), acesta crescînd de la 6 000—7 000 la peste 12 000 pe milimetru cub de sînge. Suspiciunea clinică de apendicită acută confirmată de creşterea semnificativă a numărului de leucocite, stabileşte exact diagnosticul, iar copilul bolnav trebuie îndrumat de urgenţă într-un serviciu de chirurgie infantilă, în vederea apendicectomiei.

Rareori însă, suspiciunea clinică de apendicită nu este însoţită de modificarea numărului de leucocite.

În aceste situaţii, observaţia clinică primează, iar medicul nu se va lăsa influenţat de leucograma normală şi va îndruma bolnavul către serviciul de chirurgie de care depinde rezolvarea cazului în speţă.

Dar dacă în acest caz, rezultatul examenului de laborator nu ne-a ajutat, înseamnă oare că în unele cazuri asemănătoare sau în diverse alte îmbolnăviri putem renunţa la sprijinul laboratorului ? Răspunsul este categoric — *NU !* Cum ne-am descurca altfel în patologia copilului sau adultului dacă nu am avea la îndemînă sau nu am utiliza atunci cînd trebuie, examenele radiologice în special în afecţiunile respiratorii, cele biochimice în bolile metabolice, testele imunologice pentru precizarea unor boli autoimune ori a unor boli prin deficit de imunitate, şi dacă nu am avea posibilitatea efectuării unor teste cu izotopi radioactivi în patologia glandei tiroide, a creierului, ficatului, splinei sau rinichiului ? Dacă sîntem pentru utilizarea unei largi game de investigaţii de laborator, dar numai atunci cînd trebuie, nu putem să nu ne exprimăm şi unele rezerve şi reţineri legate de modul de prescriere a analizelor de laborator, încercînd ca în cîteva cuvinte să explicăm riscul şi neajunsurile utilizării neraţionale ale acestora.

Astfel, la insistenţele repetate ale unor părinţi, unii medici pediatri dovedind o slăbiciune regretabilă, recomandă cu multă uşurinţă o anumită analiză sau repetarea la intervale mici de timp a unor examene de laborator, pentru a căror efectuare este necesară spre exemplu, prelevarea de sînge. Această practică produce perturbări în asistenţa medicală, încărcînd laboratoarele cu analize inutile, cel puţin ca moment al efectuării lor, deoarece rezultatele nu vor fi concludente ; ea poate dăuna şi bolnavului, deoarece repetatele prelevări de

singe cresc în mod direct proporţional riscul de îmbolnăvire prin hepatită virală acută cu virus de tip B, denumită „de seringă", din fericire rară, dar posibilă, chiar şi în cazuri în care sterilizarea instrumentarului de recoltare este asigurată corect (virusul de tip B al hepatitei epidemice dovedindu-se deosebit de rezistent la o mare parte a mijloacelor antiseptice de care dispunem astăzi).

De asemenea, şi recomandarea nejustificată sau repetarea la intervale prea mici de timp a diverselor explorări radiologice sau cu izotopi radioactivi pentru urmărirea evoluţiei unor boli, poate dăuna stării bolnavului, uneori daunele nefiind sesizabile imediat, reţinerea unor părţi infime din izotopii radioactivi utilizaţi, fiind de mai lungă durată.

Pe de altă parte, recoltarea incorectă a unor analize le poate modifica rezultatele. Astfel, urocultura, examen practicat curent pentru indentificarea în urina bolnavilor a unor microbi patogeni, răspunzători sau nu de o infecţie urinară, boală destul de frecvent întîlnită la copii şi în special la cei de sex feminin, dacă s-a efectuat fără prealabila şi corecta igienă a aparatului genital, poate da un fals rezultat pozitiv, microbii găsiţi în urină provenind din organele genitourinare externe şi nicidecum din aparatul urinar propriu-zis.

Rezultate de laborator viciate pot apare şi în cazul în care bolnavul nu a respectat condiţiile obligatorii de regim, recomandate în acest scop de medic. Cercetarea valorilor colesterolului, a lipidelor totale şi a trigliceridelor sanguine, atît de frecvent utilizate astăzi ca test screening al stării aparatului cardiovascular atît la copil cît şi la adult, poate furniza rezultate exagerate, viciate

de mesele copioase, bogate în grăsimi şi alcool, servite de bolnav aproape de momentul recoltării de sînge în vederea efectuării respectivelor analize de laborator.

În sfîrşit, şi o altă situaţie, cunoscută sub denumirea de „eroare admisă", care din fericire nu conduce la comiterea unor erori de diagnostic, atîta timp cît interpretarea unor rezultate de laborator rămîne numai în sarcina medicului. Aşa stau lucrurile în cazul efectuării hemoleucogramei concomitent în mai multe laboratoare, din dorinţa părinţilor de a compara rezultatele obţinute şi care pot furniza rezultate variate, dar nu semnificativ diferite, în funcţie de cîţiva factori obiectivi, ce ţin de metoda şi tehnica de lucru, sau factori subiectivi, ce ţin de personalul ce efectuează aceste analize. Aşa se explică diferenţele de valori, de ordinul miilor, în cazul globulelor albe, şi a zecilor sau chiar a sutelor de mii, în cazul globulelor roşii şi trombocitelor, la acelaşi bolnav şi în aceeaşi perioadă. Cu toate acestea, toate valorile obţinute, deşi diferite între ele, se încadrează totuşi în limitele normale de variaţie. Eroarea de laborator strecurată este scuzabilă şi acceptabilă, atîta timp cît citirea rezultatelor la microscop sau la alte mijloace tehnice de laborator este efectuată de om şi nu de un ordinator.

În cazurile de mai sus ca şi în multe altele, medicul pediatru este singurul în măsură să stabilească, de la caz la caz, necesitatea efectuării examenelor de laborator, iar acestea o dată efectuate, să fie prelucrate şi interpretate în contextul tuturor datelor clinice şi biologice referitoare la bolnavul în cauză. Un singur examen de laborator care furnizează un rezultat anormal nu poate susţine un diagnostic, după cum nici nu-l poate infirma, deoarece niciodată un rezultat de laborator nu

înseamnă o boală, ci mai degrabă o prezumpție, deoarece reactivitatea individuală și particularitatea bolii de la caz la caz, nu trebuie trecută cu vederea. În concluzie interpretarea rezultatelor unor investigații paraclinice trebuie făcută numai de medicul curant, care ține cont în permanență de bolnavul căruia îi aparțin și de particularitățile bolii sale.

CÎTEVA SFATURI ADRESATE CELOR CARE AU ÎN ÎNGRIJIRE UN COPIL BOLNAV

În expunerea de față nu ne adresăm bolnavilor, ci adulților — părinților sau altor persoane din anturajul copiilor — care au, sau ar putea avea în îngrijire, în mediu de familie, un bolnav și la a cărui vindecare își pot aduce o contribuție substanțială.

Pentru psihologia bolnavului, este foarte bine ca el să știe că este tratat de cei din anturajul său cu toată atenția cuvenită, cu căldură și dragoste, mai ales că în asemenea situații omul, în special la vîrste extreme — în copilărie sau la bătrînețe — devine susceptibil, capricios și uneori chiar suspicios. Lui trebuie să i se insufle convingerea că boala sa nu este gravă, și în nici un caz disperată.

Moralul bolnavului trebuie menținut bun prin orice mijloace. Numeroase observații medicale au certificat faptul că prăbușirea psihicului constituie căderea ultimei redute a amplului mecanism de apărare a organismului împotriva unei boli. Este un fapt foarte bine verificat în practica medicală, că atunci cînd bolnavul își pierde încrederea în posibilitățile sale de vindecare și nu mai luptă cu înverșunare și cu voință fermă împotriva bolii sale, agravarea ei se produce mult mai rapid decît în perioada anterioară prăbușirii psihicului.

Cei cărora le revine sarcina îngrijirii directe a bolnavului — părinții în cazul copiilor, rudele sau chiar persoanele străine în cazul adulților — trebuie să manifeste o stare de calm și de înțelegere față de el. O asemenea comportare din partea celui ce acordă îngrijire bolnavului, îi creează acestuia o stare de siguranță și un bun tonus psihic, absolut necesare în procesul de vindecare al unei boli ; astfel, el nu se va considera o greutate pentru cei din jur, ci doar un ocrotit de moment. Starea de liniște și calm a celor din jur se transmite bolnavului, în ciuda unor suferințe fizice chinuitoare, pe care acesta din urmă le poate avea. Existența stărilor conflictuale sau conflictele deschise între membrii familiei, desfășurate în fața bolnavului, îl pot influența nefavorabil. De regulă, veștile neplăcute nu vor fi aduse la cunoștință bolnavului în perioada critică a bolii sale, ci se vor amîna, pînă cînd starea sa psihică se va îmbunătăți într-o asemenea măsură, încît să-i permită să primească, fără risc pentru sănătatea sa, vești neașteptate, declanșatoare de emoții, nu numai negative, chiar și pozitive.

Ambianța psihică în care trăiește bolnavul trebuie completată cu crearea unor condiții optime de igienă. Camera bolnavului trebuie aerisită cu intermitență, iluminată pe cît posibil natural și încălzită la tempe-

ratura de confort termic, ce variază între 20 și 22 grade. Căldura excesivă din camera bolnavului îi va accentua transpirația și prin aceasta pierderea de apă din organism, efect nedorit și chiar dăunător în situațiile în care dintr-un motiv sau altul, completarea nevoii de lichide a organismului nu se poate realiza cu ușurință. Pe de altă parte, frigul din încăperea bolnavului, va întîrzia evoluția către vindecare, deoarece la temperaturi scăzute, majoritatea funcțiilor organismului încetinesc.

Alimentația bolnavului, dacă nu se întocmește după niște recomandări exprese ale medicului — cum este cazul în unele boli de nutriție, hepatice sau renale — va fi lăsată în grija familiei, dar cu respectarea unor principii dietetice generale și pe care le amintim :

— alimentația copilului bolnav va fi cantitativ mai redusă decît cea a copilului sănătos ; de altfel, scăderea apetitului constituie chiar o măsură de autoapărare a organismului bolnav la un aport alimentar care depășește posibilitățile sale de digestie ;

— ritmul meselor va fi mai mare, deci numărul lor crescut și la intervale mai scurte de timp ; mesele mici și repetate sînt mai ușor suportate de organismul bolnavilor, ale căror secreții digestive sînt considerabil scăzute ;

— condimentarea alimentelor prin adaos de hrean, piper, muștar, usturoi, ceapă va fi contraindicată pe toată perioada îmbolnăvirii ; ele pot fi folosite moderat în perioada de convalescență ;

— alimentele bolnavului vor fi pregătite cît mai dietetic, prin fierbere, coacere sau la grătar și nu prin prăjire în grăsime, pregătite cu rîntașuri sau cu sosuri ;

— consumul băuturilor alcoolice în timpul bolii, dar chiar și în condiții de sănătate, este total interzis în perioada copilăriei. Utilizarea unor mici cantități de alcool date copiilor mai mari din inițiativa părinților, pentru a ajuta convalescența și a grăbi vindecarea clinică, este o practică dăunătoare.

În sfîrșit, cîteva sfaturi în legătură cu modul de administrare a medicamentelor. După recomandarea medicului, cei ce îngrijesc bolnavul trebuie să-și asume responsabilitatea administrării corecte, complete și la timp a medicamentelor.

Orice încălcare sau abatere de la prescripția medicală privind dozele de medicamente și modul lor de administrare, poate aduce prejudicii bolii sau bolnavului. Dăunătoare pentru bolnav poate fi și administrarea unor medicamente, altele decît cele recomandate de medicul curant, din inițiativa părinților sau după sfatul altor persoane care cîndva au fost bolnave și care țin cu tot dinadinsul să recomande tratamentul care lor le-ar fi dat bune rezultate.

Desigur nu contestăm că astfel de recomandări sînt făcute de cele mai multe ori din inimă, din dorința de bine pentru cei în suferință. Se uită însă, sau nu se cunoaște faptul că aceeași boală evoluează diferit de la un bolnav la altul și că medicina modernă se conduce după un precept care spune că „nu tratăm boala, ci bolnavul".

În concluzie, dorim să rețineți, din această scurtă expunere, faptul că de corectitudinea și competența dumneavoastră în supravegherea și îngrijirea unui copil bolnav la domiciliu, depinde în mare măsură în-

sănătoşirea acestuia ; şi ar mai fi încă ceva de spus şi anume, să nu uitaţi că şi dumneavoastră vă puteţi îmbolnăvi şi că veţi avea nevoie de ajutorul celui pe care l-aţi îngrijit cu puţină sau cu multă atenţie şi dragoste şi numai atunci veţi fi în măsură să înţelegeţi psihologia bolnavului, cu toate variaţiile şi ciudăţeniile ei.

Lei 5

EDITURA MEDICALĂ